Depresyon terapisi



Irvin D. Yalom

DEPRESYON TERAPİSİ

Ira D. Glick
Editör

Irvin D. Yalom
Genel Editör

DEPRESYON TERAPİSİ

Ira D. Glick

Editör

Irvin D. Yalom

Genel Editör

Çeviren:
Yasemin Engin

PRESTİJ

Depresyon Terapisi
Kitabın özgün adı: Treating Depression
Yazarı: Ira D. Gilick, editör; İrvin Yalom, genel editör
Çeviren: Yasemin Engin
Teknik hazırlık: Prestij Yayınları

Baskı ve Cilt: Kitap Matbacılık San.ve Tic.Ltd.Şti.
Adres: Merkezefendi Mah. Davutpaşa Cad. No: 123 Kat:1
Topkapı – Zeytinburnu / İstanbul
Tel: 0212 482 99 10
Sertifika No: 16053

Birinci Basım: Kasım 2006
İkinci Basım : Nisan 2012
ISBN: 978-975-6435-23-6
Sertifika No: 12432

Prestij Yayınları
Fevzi Çakmak Mah. Şeref Sok. No: 14 / A
Sefaköy – Küçükçekmece / İstanbul
Tel: 0212 579 38 00 e-posta: prestij@prestijyayinlari.com
www.prestijyayinlari.com

Prestij, Global Yayın Dağıtım'ın tescilli markasıdır.

İÇİNDEKİLER

Hastalığın verdiği sıkıntının üstesinden gelme cesaretine sahip ve yardım alma girişimindeki tüm duygudurum bozukluğu olan hastalara... Ve özellikle, etkili tedavi yöntemini bulmak için başkalarına yardım etmede öncü bir grup olan, Ulusal Depresif ve Manik-Depresif Derneği yetkili müdürü, Susan Dime-Meenan'a...

ÖNSÖZ

Klinik uzmanların yakın zamanda yaptıkları bir toplantıda kıdemli bir hekim, geçtiğimiz yıl psikoterapi alanında bundan önceki yirmi yıla nazaran daha fazla değişiklik olduğunu bildirdiğinde herkes sessizce onaylamıştı.

Peki bu, uzmanların uygulamaları için iyi bir şey miydi? Kuvvetli bir "Hayır!" yanıtı geliyordu bu soruya. Yine fikir birliği içinde olunan konular; sağlık yönetiminin çok fazla müdahalede bulunduğu; gereğinden fazla formalite; çok fazla evrak işi olduğu; vizite ücretlerinin, sürelerinin ve terapi formatının belirlenmesinde çok fazla sınır konduğu ve yeni psikoterapi uzmanlarının aşırı rekabet ortamı yarattığı yönündeydi.

Bütün bu değişimler, toplum için iyi mi, yoksa kötü müydü? Bu sorunun yanıtında fikir birliği azalıyordu. Bazıları, yeni pozitif gelişmelere dikkat çekiyordu. Psikoterapi daha yaygın, daha fazla ulaşılabilir oluyor ve Amerikan kamuoyunun daha büyük bir bölümü tarafından kabul ediliyordu. Bununla birlikte, daha sıkı bir şekilde inceleniyor ve sorumluluğu artıyordu, ki; bu hekimler için rahatsız edici bir durum olsa dahi eğer layıkıyla yapılırsa davranışsal sağlık bakımının niteliği ve verimi açısından potansiyel yarara sahipti.

Fakat tartışma grubu, ayrılığa düşmeden bu şaşırtıcı değişimlerin—insanların terapiye başvurmalarını gerektiren nedenlerdeki değişimler; ruh sağlığı bakımının algılaması ve uygulanmasındaki değişimler; terapi teorisi ve tekniğindeki değişimler ile profesyonel terapistlerin eğitimi, sertifikalandı-

rılması ve denetimindeki değişimler—mesleğimizde önemli bir yeri olduğu konusunda fikir birliğine vardı.

Danışanlar açısından bazı önemli gelişmeler açıktır. Temel bir değişim, psikoterapinin damgalanması konusundadır. Artık psikoterapi, mutlaka gizlenmesi gereken bir olay, utanılacak ve hastanın bir başkasıyla karşılaşarak rahatsız olmasını önlemek amacıyla ayrı giriş-çıkışa sahip ofislerde yürütülecek bir çalışma olmaktan çıkmıştır.

Artık günümüzde böylesi utanç ve gizliliğin yanlış olduğu anlaşıldı.

Televizyon "talk show" programları—Oprah, Geraldo, Donahue gibi—fonksiyonel bozukluğu olan insan durumları sürekli sergileyerek psikopatolojiyi ve psikoterapiyi normal bir uygulama haline getirdiler: Artık televizyonlarda; tükenmiş babaların, seks bağımlılarının, yetişkin ve çocuk alkoliklerin, dayak atan kocaların, tacize uğrayan kadınların, uyuşturucu satıcılarının ve madde bağımlılarının, yeme problemi olanların, temizlik takıntılıların, tacizci ebeveynlerin, ebeveynlerini dava eden çocuk kurbanların televizyonda itiraflarını içeren programların yer almadığı tek bir gün geçmiyor.

Damgalanmanın ortadan kalkmasının etkileri, artık çabalarını, anlaşılması zor analitik olarak uygun nörotik hastalar üzerinde yoğunlaştırmayan profesyoneller için olumlu olmuştur. Klinikler artık her yerde daha fazla türden sorunlar yumağı ile uğraşmaktadır ve madde bağımlıları ile ailelerine, çok çeşitli yeme bozuklukları olan hastalara, ensest ve aile içi şiddet kurbanları ile uygulayıcılarına yardım etmeye hazırlıklı olmalıdırlar. Artık travma kurbanları ya da madde bağımlıları gizlice yardım aramıyor. İnsanların, travmanın uzun dönemli zararlı etkileri üzerindeki farkındalığı çok hassaslaştı, halk için telefonla yardım alma olanakları arttı ve büyüyen bir talep var, ayrıca sağlık planlarında yeterli tedavi koşulları sağlanması isteniyor.

Ruh sağlığı mesleği de değişiyor. Artık, tedavinin, hastanın yaşamının erken yıllarına odaklandığı uzun ve "derin" psikoterapi, otomatik olarak kabul görmüyor. Çağdaş alan daha plüralist: Birçok farklı yaklaşımın terapötik etkisi kanıtlandı ve bugünün terapistleri, terapiyi her hastanın özel klinik ihtiyaçlarına uyarlamaya daha yakındır.

Geçtiğimiz yıllarda, sahip olunan alanın korunması ve hiyerarşi ile statünün sürdürülmesi üzerine verimsiz bir saplantı vardı—psikiyatri ve doktora düzeyindeki psikoloji gibi daha prestijli mesleklerde, yüksek lisans düzeyindeki terapistleri dışlamaya yönelik oldukça fazla enerji harcanıyordu. Fakat bu mücadeleler daha çok dünün psikoterapistlerine aittir; bugün önemli ölçüde, disiplinler arası daha işbirlikçi bir yaklaşıma doğru değişim söz konusudur.

Fakat sağlık sistemi idaresi ve yükselen masrafları kısma politikası bu değişimlerin bazılarını yönlendirmektedir. Maliyet politikası, psikiyatristlerin daha az sıklıkta, kişisel olarak psikoterapi yapmalarına ve bunun yerine faaliyetlerini gözetim ve psikofarmakolojik tedavi ile sınırlamalarına neden olduğu için özellikle psikiyatristlerin rolü bundan oldukça etkilenmiştir.

Maliyetleri kontrol altında tutmak isteyen sağlık yönetimi, terapistleri daha kısa, daha odaklanmış terapiye yöneltti. Fakat sağlık yönetimi, yavaş yavaş ruh sağlığı tedavisi bedellerinin çoğunluğunun hastanede yatan hastaların bakımı için ayrıldığını ve ayakta tedavinin uzun dönemli terapide bile hasta için yalnızca sağlığa yararlı değil aynı zamanda çok daha ucuza mâlolduğunu fark etmeye başladı. Bir diğer değişim, alanın daha sık şekilde grup ve aile terapilerine kaymasıdır. Grup terapi formatının, daha yüksek maliyetli bireysel terapilere eşit ya da daha etkili olduğunu gösteren birçok karşılaştırmalı araştırmayı daha ne kadar süre görmezden gelebiliriz?

Bu maliyet güdülü kararların bazılarının hastalar için iyi olduğu düşünülebilir; fakat örneğin aşırı kısalık ve aşırı kesin tedavi planları üzerindeki çabalar ve terapi uğraşına uygun olmayan hedefler yalnızca etkinlik yanılsaması sağlarken terapötik çalışmayı engelleyebilir. Bu nedenle terapistlerin kendi alanlarında kontrole sahip olması ve sağlık yönetimi yetkililerinin, psikoterapi ve diğer sağlık tedavi formlarının nasıl yürütüleceğine müdahale etmelerinin engellenmesi çok önemlidir. Bu kitap dizisinin temel hedeflerinden biri; ruh sağlığı profesyonellerine teoride derin bir dayanak sağlamak ve etkili terapötik tekniklerin net bir vizyonunu vererek en yüksek hasta bakım standartları için güvenle mücadele etmek üzere onları güçlendirmektir.



Jossey-Bass Çağdaş Klinik Teknikler Kütüphanesi, ön safta yer alan terapistle, ruh sağlığı bakımının büyük bir bölümünü şahsen sağlayan master ve doktora düzeyli klinik uzmanlarına adanmış ve hizmetlerine sunulmuştur. Bu dizinin hedefi, en yaygın karşılaşılan klinik vakalara yönelik tedavi tekniklerinde en iyi açıklamaları sunmaktır.

Her ciltte pratik için, temel olarak odaklanmış bir teorik zemin sunulmakta ve daha sonra hasta için ne yapmalı pratik görevi ele alınmaktadır—değerlendirme, tanı ve tedavi.

Dizinin editörlerini tanınmış uzmanlar ya da yeni parlayan genç yıldızlar arasından seçtim. Hepsi kendi alanlarına tümüyle hakim olan bu editörler, kitaplarda yer alacak yazıları farklı terapötik yaklaşımları tanımlayan, farklı inançlara sahip önde gelen terapistlerden derlediler.

Katkıda bulunanların hepsi kendi bölümlerinde en yeni ve yararlı klinik araştırmaları ele alsalar da, bu ciltlerde vurgular terapinin pratik tekniği üzerinedir. Spesifik terapi kılavuzları,

klinik örneklerin bolca kullanıldığı somut öneriler ve ayrıntılı hasta hikayeleri sunulmaktadır. Niyetimiz okuru etkilemek, büyülemek ya da gizli akademik tartışmalara dipnot koymak değildir. Bunun yerine her bölüm, pratik içindeki klinisyene pragmatik değer taşıyan bir temel sunmak üzere tasarlanmıştır. Gerçekten de, genel editör, cilt editörleri ve bölüm yazarları olarak amacımız tektir: Hastalarımızın hayatlarına önemli, acil ve somut katkılar yapmak.

Irvin D. Yalom, M.D.
Psikiyatri Profesörü
Stanford Üniversitesi, Tıp Fakültesi

GİRİŞ

Ira D. Glick

"Beni görünürde iyileştirmişlerdi, fakat şimdi nerede yanlış yaptıklarını düşünüyorlar. Akut depresyonun bana ne denli acı verdiğini, hem de öyle bir acı ki kafamı kaldırıp başkalarına yardım etmek istesem de—ki bugüne kadar bunu yapmayı çok istedim—yapamıyordum ve bunu onlara anlatmamın hiçbir yolu yoktu. Depresyon ve onu yenmek için kullandığım ilaçlar beni yerle bir etmişti, artık benden geriye hiçbir şey, onları birkaç saatliğine dahi olsa mutlu edecek hiçbir tarafım kalmamıştı. Tükenmiştim."

E. WURTZEL

Depresyon henüz, halk tarafından bir hastalık olarak kabul edilmese de ("ruhsal gelgit" ibaresinin karşılığı olarak), tıptaki değişmeler, gittikçe artmakta olan depresyonlu hastaları ruh sağlığı doktorlarına gitmeye yönlendiriyor. Ve bunun sonucunda birçoğumuz, depresyonlu hastaların tedavileriyle meşgul olur hale geliyoruz. Terapistlerin gündemlerinin bu insanlarla dolup taştığını ve bunun oldukça yaygın, zor bir iş olduğunu görüyoruz. Bu kitap; kim için, ne zaman, ne yapılması gerektiğine dair özel ilkeler ve teknikler sunarak sizlere yardımcı olmayı hedefliyor.

Şükürler olsun ki, 1990'lı yıllardaki depresyon tedavisi, hiçbir terapinin plasebo olmaktan ileriye gidemediği uzun yıllar

öncesine nazaran, daha tatmin edici yollar geliştirmiştir. Günümüzde, bu hastalıktan mustarip olanların hayatlarını değiştirebilen tedavi yöntemlerine sahip olduğumuz için çok şanslıyız.

Peki başka neler değişti? İlk olarak araştırmalar, biyolojik/genetik faktörlerle psikososyal/çevresel faktörleri simgeleyen iki gelişimsel alanı (etiyolojik olarak da kabul edilen) bir araya getirmeye başladı. Ardından, tedavi sonuçları (bir olay nasıl çözülür) başlangıçtaki ve iyileşme sürecindeki biyolojik ve psikososyal değişkenlerin etkileşimini anlama yolunda patojeniye ışık tuttu. Örneğin, kız arkadaşı ya da erkek arkadaşıyla kavga ettikten sonra depresyona giren ve üç seanslık bir psikoterapiden sonra sakinleşip olayı unutan bir gencin tutumu, bu durumun olayla bağlantılı olduğunu göstermektedir. Aksine, hiçbir psikoterapi seansı olmaksızın, altı aylık bir ilaç tedavisi sonrasında iyileşen bir hastanın tutumu, durumun biyolojik olarak etiyoloji tabanlı olduğuna işaret etmektedir. Dolayısıyla, yeni tıbbi tedaviler ve psikoterapi stratejileri bundan 20 yıl önceki yöntemlerden farklı olarak bu hastalıklarla başa çıkmak için geliştirildi. Sonuç itibariyle, yeni teşhis kriterleri *(DSM-IV)* depresyonun farklı versiyonlarını ve çıkarım yoluyla, belli türler için en etkili terapi şekillerini ortaya çıkarır. Bu kitap, tüm ana ve alt gruptaki depresyon türlerini anlamayı ve tedavi etmeyi sağlayan çok önemli örnekleri en ince detaylarıyla işlemektedir.

O halde depresyon tedavisiyle uğraşan uzmanlar için esas sorunlar nelerdir? Amaç; yaşam şartları, gelişim evreleri ve depresyon türü belirtilen belli bir kişi için en iyi terapi kombinasyonlarını bulmaktır. Yazılarımız, (1) yalnızca tıbbi tedavi kullanıldığında, (2) yalnızca psikoterapi kullanıldığında, ve (3) ikisi bir arada kullanıldığında yardımcı olmayı hedeflemektedir.

Bu cilt altı yöntemden oluşuyor. Her birinde, terapinin ne olduğunu, sürecinin nasıl işlediğini ve kiminle yürütüleceğini açıklıyor, yararlarını destekleyecek tüm verileri size sunuyoruz.

Yakın zamanda gelişmiş olan "aile terapisi" tedavi yöntemiyle başlıyoruz. Aile sadece depresyonun varlığını sürdürdüğü bir yer değil, aynı zamanda, ortaya çıktığında, bu rahatsızlığın uzun süreli kontrolü için de oldukça önemli olan bir sistemdir. Carol Anderson ve meslektaşları, depresyonlu hastalarına ve ailelerine uyguladıkları *psikoeğitim modelini* inceleyip tartışıyorlar. Bu model grup ve bireysel olarak iki farklı biçimde mevcut olmaktadır ve uygulamanız esnasında her ikisini de farklı açılardan kullanmak isteyeceksiniz.

Daha sonra, sizlere üç bireysel terapi modeli sunuyoruz. Bu alandaki en büyük değişme; bireysel terapinin, artık birçok bölümde yol gösterici nitelikte olan ve kontrollü denemelerde test edilmiş, kendine has etkilerinin gösterdiği gelişimdir. Michael Thase bilişsel-davranışsal terapiyi, Holly Swartz ve John Markowitz kişiler arası terapiyi ve Jules Bemporad da psikodinamik psikoterapiyi anlatıyorlar. Tüm bu tedavi şekilleri birbirlerinden farklı olarak işlev gösteriyorlar ve muhakkak ki hepsinin çakıştığı noktalar da oluyor. Biz, her bir modelin, kimler için uygun görüldüğünü ve nasıl uygulandığını açıklıyoruz.

Son olarak, Joan Luby, depresyonlu hastalar için grup psikoterapisinden bahsediyor. Bu tedavi yöntemi, bazı hastaların, insanlarla herhangi bir ilişki kuramamak gibi rahatsızlıklarından ve de bu rahatsızlıklarının neredeyse yaşam boyu süren yan etkilerinden (düşük moral, asabiyet, hassasiyet gibi) kaynaklanan kişilerarası sorunlarını çözmek için, grup ortamının ideal olduğunu göstererek, tam bir başarıya erişmiştir.

Yapılan çalışmalarda, depresyon için en çok yararlı olduğu kanıtlanan tedavi şekli olan, psikofarmakoterapi anlatımı ile yazılarımızın sonuna geliyoruz. Charles DeBattista ve Alan Schatzberg tarafından ele alınan bu bölüm ayrıca, hangi şartlar altındaki hangi hastalar için tıbbi tedavi yöntemleri ile psikoterapinin, ne şekilde birleştirilebileceğini de açıklı-

yor. Çünkü en yaygın ortak tedavi yöntemi, tıbbi müdahale ile psikoterapiyi bir arada yürütmektir. Michael Thase ile el ele vererek, bu tedavi şekli üzerine sizlere ek bir bölüm daha sunuyoruz.

Ayrıca, bu kitapla, titiz ve dikkatli çalışan terapistlerin, sağlık sistemi idaresinden kaynaklanan sorunlarla nasıl başa çıktığını da görmüş, öğrenmiş oluyoruz. Burada, sizlere, her bölümde açıklaması yapılan ilke ve prensipler doğrultusunda, inisiyatifi elinizde olan bir tutum, bakış açısı öneriyoruz. Terapist, öncelikle, sadece hastanın değil, ailesinin de ilgili sorunlarını itinalı bir teşhisle ortaya koyar. Ardından, burada bahsedilen modellerden birini ya da birkaçını kullanarak bir tedavi planı hazırlar ve son olarak da, durumu "tedavi takım üyesi" olan, bir sağlık sistemi idarecisine izah eder.

Bize göre, asıl amaç; tedaviye getirilen sınırlamalardan çok, kalitedir. Uzman doktor, sağlık yönetiminin bir parçasıymışçasına, masrafları kısma çabalarıyla baş başa bırakılmamalıdır. Biz, ödemeyi yapan kişinin bilgilendirilmesinin ve tedavi planının üstlenilmesinin önemi üzerinde duruyoruz.

Sıklıkla duyduğumuz şey; Sağlık Hizmet Örgütlerinin ve Tıbbi Denetim Birimlerinin "düşük kalitenin" pahalı hastanelerde, yatılı tedavilerde ve diğer acil müdahalelerde, uzun dönemde, çok daha fazla masrafa yol açtığını farkediyor olmalarıdır. Bu nedenle, artık, sağlık sistemi idarecileri, erken müdahale olarak ayakta tedavi yöntemine daha ılımlı bakıyorlar. Bu esneklik, terapistin, ikna ve görüşme sürecinde daha ustaca davranmasını gerekli kılıyor. Ayrıca, duruma yardımcı olabilecek gerekli evrakları— tedavi planları, gelişim sürecinde alınan notlar, kullanıma ilişkin görüşler ve hatta sonuç verileri gibi—temin etmek için de istekli olmasını gerektiriyor. Bu, hastanın iç yapısını tümüyle anlamayı ve böylece eğer gerekirse doğru düzeltmelerin yapılabileceği anlamına geliyor. Bakım hizmetlerindeki yeni trendler, bununla beraber, hizmet

karşılığı verilen değişken ücret anlayışından çok, verilen hizmet karşılığında talep edilen standart ücret anlayışının lehine görünüyor. Bu durum da, birçok terapistin, önceden belirlenmiş bir ücret karşılığında tüm gerekli hizmetleri sunmayı sözleşme dahilinde kabul etmiş; kliniklerle, gruplarla ya da kurumlarla çalışıyor olacağı anlamına gelmektedir. Bu grup çalışması, dışarıdan herhangi bir onay ya da görüş almaksızın, yapacağımızın işin miktarına kendimizin karar vermesidir. Hepsinden öte, bizim istediğimiz, daha işbirlikçi, uygulamaya elverişli bir yaklaşım edinmek.

Son olarak, gelin en güncel depresyon tedavisini özetleyelim. Bu noktada, belirtiler ve hastalığın ciddiyeti güvenilir şekilde değerlendirilebilir ve bahsedildiği gibi, belli başlı alt türler açıklanabilir. Belirtilerin ciddiyeti şunu anlatmak istiyor olabilir: Şiddetli depresyon, tıbbi müdahale gerektirir. Psikoterapik modeller, semptomların, distimi (dysthymia), hüzün, ya da sendromaltı aşamalarındaki hafif ya da orta şiddetli depresyon türleri için uygun olabilir.

Aşağıda, bir klinik sosyal yardım uzmanının yapmış olduğu uyarı konumuzla bağlantılıdır:

> Terapistler, kişilik kargaşasından ya da sadece kişisel problemlerin yarattığı depresyondan mustarip olan distimik hastaya yanlış teşhis koymamak için çok dikkatli olmalıdır. Yanlış tanı, terapistin, bu hastalığı, yanlış bir şekilde sadece psikoterapiyle tedavi etmeye çalışmasına yol açabilir. Distimi genellikle beynin biyokimyasındaki anormalliklerden kaynaklandığı için, onu en iyi antidepresanlarla tedavi edebilirsiniz. Tıbbi tedavi, sadece, önemli fonksiyonel bozuklukları olan depresif hastalar için düşünülmemelidir.

Yine de tabii ki, her "depresyonlu" hasta tıbbi müdahaleye gerek duymaz.

Gelin kapanışı, herkesin zaman zaman rahatsızlık duyduğu "hüzün" ve olağan "gelgit" durumlarını bir kenara bıraka-

rak, depresyonun temel epidemiyolojisini gözden geçirerek yapalım.

Depresyon hastalığı, 18 yaş üzerindeki genel nüfusun en az yüzde 5'inin yaşamlarını belli oranda etkileyen, yaygın bir durumdur. Kadınlarda, erkeklere nazaran daha sıklıkla görülür. Depresif rahatsızlık ciddi oranda yıkıcıdır, çalışma kapasitesini olumsuz etkiler ve aile hayatıyla sosyal hayatı alt üst eder. Ciddi depresyon vakalarında ortaya çıkan rahatsızlıklar, şeker, yüksek tansiyon gibi önemli hastalıkların yol açtığı rahatsızlıkların dahi önüne geçer. Depresif rahatsızlık öldürücü dahi olabilir. Depresif hastaların en azından yüzde 15'i; ki bu sayı antidepresanlar piyasaya çıktığından beri az da olsa değişti, uzun süreli sistematik bir tedavi uygulanmadığı takdirde, ömür boyu, intihar etme eğilimi içerisinde olmaktadırlar.

Psikoterapötik ve iyileştirici stratejiler, tıbbi bir müdahale olsa da olmasa da, hastalara ve ailelerine yararlı olabilmektedir; ki terapistler bunu her gün kendi gözleriyle görmektedirler. Bu nedenle, biz de umuyoruz ki; bu kitap, bu geniş ve zorlu nüfusun başarıyla yürütülecek tedavilerine özel ilkeler ve somut yöntemler sağlayacaktır.

TEŞEKKÜR

Özellikle, bu çalışmanın tutarlı ve okunaklı olmasında çok büyük emeği geçen editörümüz, Alan Rinzler'a teşekkür ediyorum. Ayrıca, bu hastalıkların anlaşılmasına ve tedavi edilmesine temel olan "doğruları" bulma işini üstlenmiş ve başarmış olan, ruh sağlığı rahatsızlığı alanındaki tüm araştırmacıların gösterdikleri gayret için de teşekkür etmek istiyorum.

NOTLAR

S 13, E. Wurtzel: Wurtzel, E. (1993). Prozac nation: Young and depressed in America, a memoir. New York: Houghton Mifflin.

S 17, impairments in functioning (fonksiyonel bozukluklar): Quinn, B. (1994). Chronic depression: The danger of misdiagnosis and inadequate treatment. NAFDI News, 7, 1.

S. 18, uzun süreli tedavi uygulandı: Task Force of the Collegium Internationale Neuro-Psychopharmacologicium (CINP). (1993). Impact of neuropharmacology in the 1990s: Strategies for the therapy of depressive illness. European Neuropsychopharmacology, 3, 153-156.

I. BÖLÜM

AİLE TERAPİSİ

Carol M. Anderson, Sona Dimidjian ve Apryl Miller

Ağır bir depresif rahatsızlığı ya da kronik distimisi (dysthymia) olanlar, hasta olmadan önceki tutum ve hallerine bakmaksızın, kendilerini ve yakınlarını olumsuz, kimi zaman da umutsuz bir şekilde görmeye yatkındırlar. Sanki etraflarındaki dünyaya bakışlarını karartan koyu renk gözlükler takıyorlarmış gibi, içlerine kapanık, dikkatleri dağınık, enerji ve ilgi yönünden eksiklerdir. Can sıkıcı olay ve duygularla ilgilenmeyi kendileri seçtiklerinden ötürü, eleştiriye karşı olan hassasiyetleri, kendilerini değersiz hissetmeleri ve incinmiş gururları, onların olumlu tepki ve yardımları kabul etmelerini oldukça zorlaştırır. Hatta, ne zaman kendilerine yardım teklif edilse, içinde bulundukları depresyon hali, onları genellikle daha sinirli ve asabi yapar.

Bu nedenle, depresyondaki hastaların ailelerinin de neredeyse her zaman stresli olması hiç şaşırtıcı değildir. Depresyon, tüm ailenin ve aile fertlerinin günlük normal sorunlarını iyice ön plana çıkaran, onları sanki daha önemlilermiş gibi bir hale sokan, ve kendi stresli, can sıkıcı dertlerini de ekleyen bir büyüteç misali hareket eder. Depresif hastaların ve ailelerinin mücadelesini gözlemlemiş her kimse, depresyon ile aile haya-

tı arasında oldukça güçlü ve karmaşık bir ilişki olduğunu bilir. Her ne kadar Biyoloji ve Genetik Bilimi, Etiyoloji ve depresyon alanında önemli bir rol oynasa da, birçok psikososyal meselede, özellikle de aile uyuşmazlıkları, çok önemlidir. Ailelerin, mücadele sürecinde ve hastalığın seyrinde büyük bir etkisi vardır. Onların depresyona karşı gösterdikleri tutumlar, hem bireylerin hem de ailelerin hayatını bir bütün olarak etkiler.

DEPRESYONLA YAŞAMAK

Birçok aile üyesi depresyondaki biriyle yaşamanın gerçekten çok zor olduğunu söyler. Hatta bu o kadar zordur ki, zamanla, kendi psikolojileri ve huzurları da tehlikeye girer. Aile fertlerinin bu şikayetleri, araştırmacıların yaptığı gözlemlerle desteklenmektedir ve depresyonun, onunla çok kısa da olsa ilişkide bulunan kişiler üzerinde bile, ciddi boyutta olumsuz bir etki bıraktığı sonucu ortaya çıkmıştır. Örneğin, depresyondaki biriyle yapılan kısa bir telefon görüşmesi dahi, depresif halde olmayan dinleyicinin ruh halini etkileyebilir. Bu veriler kapsamında, depresyonun aile üyeleri ve yakın akrabalar üzerinde ciddi anlamda bir stres unsuru oluşturması hiç de şaşırtıcı değildir.

Başa Çıkmaya Çalışmak

Aile üyelerinin başa çıkma yöntemi zamanla değişmektedir. Başlangıçta, birçok aile, uyum sağlayıp adapte olarak depresyonun semptomlarıyla başa çıkmaya çalışır ve git gide kendi hayatlarını, yardım etme çabasıyla, etraflarındaki yakınlarına odaklandırırlar. Depresyondaki kişiyi eleştiriden ve yaşamın stresinden korumaya çalışarak, ihtiyaç ve kaprislere göz yumar hale gelirler. Hayatın aslında depresyondaki kişinin algıladığı gibi kötü olmadığını göstermeye ya da mantıklarını kul-

lanarak bunu kanıtlamak için örnek bir olay yaratmaya çalışırlar. Otuz beş yaşındaki depresyonlu bir kadının eşi, onun depresif duyguları hakkında aralıksız devam eden şikayetlerine, evle ve çocuk bakımıyla ilgili gündelik işlerine karşı olan uzaklığına ve bunalmışlığına; onu düşünen, umursayan insanları ve anne-babasının zamanında olmayan ama şimdi kendisinin sahip olduğu tüm makineleri listeleyerek karşılık vermiştir. Fakat, diğer hastaların da sıklıkla belirttiği gibi, bu strateji hiçbir işe yaramamıştır. Depresyon şiddetli bir boyutta olduğu zaman, ki onunki de kesinlikle öyleydi, bu tarz mantıksal yaklaşımlar ve rahatlatma çabaları depresyondaki kişilerin sadece, kendilerini yabancılaşmış hissetmelerine, ailelerinin onları anlamadığını, onların sorunlarını duymak istemediğini ya da sıkıntılarını yeteri kadar ciddiye almadıklarını düşünmelerine neden olur.

Başa çıkmak, özellikle yetişkin çiftler için zor olabilir; çünkü bu rahatsızlık neredeyse daima, eşlerin, aile içi rollerinin getirdiği sorumlulukları yerine getirmelerini sağlayan becerilerini tehlikeye atar. Eğer hasta, ufak çocukları olan bir ebeveyn ise, tüm aile üyeleri sorumluluklarını değiş tokuş etmeye, ev işleriyle ilgili daha fazla görev almaya zorlanabilirler. Genellikle de tüm bu yaptıkları için takdir edilmezler. Zamanla, aile üyeleri kendi istek ve ihtiyaçlarını ihmal etmeye başladıkça, rahatlatma çabaları samimiyetini yitirmeye ve verilen destek de azalmaya başlar. Kendilerini tükenmiş, taşıyabileceklerinden fazla sorumluluk yüklenmiş, yorgun ve kızgın hissetmeye başlarlar ve yardım etmek için gösterdikleri tüm çabanın çok az işe yaradığını görürler. Gerçekten de, aile üyeleri, sonunda, sevdikleri kişinin psikolojisini normal şartlarda düzeltip, iyileştirebileceğine inandıkları "yardımcı" yöntemlerin, aslında depresyondaki kişi için hiçbir işe yaramayacağının ve hatta sorunu daha kötü bir boyuta getirebileceğinin farkına varırlar.

İlişkilerin Etkisi

Birçok fiziksel hastalık ve hatta garip ya da sapkın davranışlara (şizofreni, çift kutuplu rahatsızlık gibi) neden olan diğer önemli psikiyatrik sorunların aksine, depresyon semptomlarının birçoğu, herkesin zaman zaman yaşadığı sıradan ruhsal sarsıntılar ve sıkıntılara benzerlik göstererek yanıltıcı olabilir. Bu nedenle, aile fertlerinin genellikle depresyonu bir hastalık olarak görmeyişi şaşırtıcı değildir. Bundan ötürü, hastalığın belirtilerinin tahammül edilemeyecek kadar zor olduğunu düşünürler ve depresyonlu kişinin negatif iletişim ve davranışlarını onun kişilik yapısına bağlarlar. Depresyondaki kişinin, kendini aralıksız şekilde, yaşamın olumsuz yönlerine kaptırmış olması, depresyonun bir getirisi olarak değil de, kişinin evlilik ve aile hayatına yönelik duygu ve düşüncelerinin bir dışa vurumu olarak kabul edilir. Aile üyeleri, çekingenlik, halsizlik, düşük enerji ve anhedoni (haz yetisinin kaybı) gibi semptomları, şefkat ve ilgi ya da ilişkideki bağlılığa duyulan eksikliğin bir yansıması olarak algılamaya meyillidirler.

Bir başka örnekte, 40 yaşında depresyonlu bir erkeğin karısı, eşinin sadece, hayatının amacına ve işiyle hayatı arasındaki ilişkiye kafa yormakla kalmadığını, aynı zamanda da evlilikleri ve hatta herhangi birini sevebilme ihtimali üzerine de bir sürü endişesini dile getirdiğini söylüyordu. Eşine karşı yardımcı olmaya çalışıyordu; fakat tüm bunları tek başına üstlenmek oldukça zor gelmişti. Tıpkı, diğer birçok depresyonlu kişinin eşleri gibi, o da, kocasının, kendisini gerçekten sevip sevmediğinden, iyi olmak için uğraşmamasından ve evlilikleri için bir şeyler yapmaktan kaçınmasından endişe duyuyordu.

Çocuklar Üzerindeki Etkiler

Çocuklar, anne-babalarının depresyonlu hallerine kendi tarzlarıyla tepki verirler. Ebeveynlerinde gördükleri mutsuzluklardan genellikle kendilerini sorumlu tutarlar ve yeteri kadar ilgi ve dikkat uyandırmadıkları zaman yetersiz, değersiz olduklarını düşünürler. Ve şüphesiz, ihtiyaçları zamanla ihmal edilmeye başlandıkça, onlar da çeşitli semptomlar göstermeye başlarlar. Çoğunlukla, çeşitli davranışlarından ve okulda yaşadıkları problemlerden ötürü çocuk bakım kliniklerine götürülen çocukların annelerinin, ciddi boyutta depresyonda olduğu ortaya çıkmıştır. Her ne kadar hangi sorunun daha önce çıktığı her zaman net olarak bilinmese de, çoğunlukla bu çocukların, depresyonlu ebeveynlerinin psikolojik çöküntülerine tepki verdikleri görülmektedir.

Örneğin, 10 yaşındaki Katie'nin okuldaki performansı büyük oranda düşmesine karşın, evde beklenmedik şekilde bu durumu inkar etmiştir. Bu belirtiler, Katie'nin annesinin depresyonda olduğunu açıklayan ve bir yandan tıbbi müdahale için değerlendirmeye yardımcı olurken, diğer taraftan da tedavi sürecini başlatan aile terapistinin incelemelerinin ardından çarpıcı şekilde normale dönmüştür. Bu olayda, Katie'nin yardım çağrıları olarak kabul edilen semptomları, aslında kendisi için değil, annesi içindir.

Uzun Süreli Etki

Sonuç olarak, eğer aile üyeleri depresyonu ciddi bir rahatsızlık olarak görmezse, depresyonlu bireyin hal ve davranışlarına karşı gittikçe daha anlayışsız ve tenkitçi olmaya başlarlar. Belli bir noktaya kadar, hoşgörüsüzlük, kültürün "Kendi emeğinle bir yere gel" ve "Kendi ayaklarının üstünde dur" gibi yetenekleri övüp yücelten yaygın deyişleriyle desteklenmektedir.

Bu tutumlar, uzun süreli depresyon semptomlarına karşı sabırsızlığı artırır ve depresyonlu bireylerin tembel, bencil, egoist, kendine acıyan ve hatta başkalarını kullanmayı seven türden insanlar olduklarına dair görüşler ortaya çıkarır.

Bu kültürel bağlam hem hastaların hem de ailelerinin, kendi kontrolleri dışındaki semptomlar ve tepkiler yüzünden utanç ve aşağılanma duygusunu yaşamalarına neden olabilir. Bu duygular, depresyonun moral bozucu tarafıyla birleşerek hastaların ve ailelerinin toplumdan destek bulmalarını zorlaştırabilir. Bunun sonucunda ortaya çıkan yalnızlık, bir yandan aile ilişkilerine zarar verirken, diğer taraftan da kızgınlık ve eleştirileri artırarak, bağlılığı zaten sarsılmış olan aile düzenini iyice bozguna uğratır.

Ne yazık ki, depresyonla baş etme çabaları sadece aile ilişkilerini etkilemekle kalmaz. Depresyon genellikle, tekrar depreşen ve bazı durumlarda da kronikleşmiş olan bir rahatsızlık olduğundan, kişiler ile aileler sonu gelmeyen stres ve çatışmalar içerisinde hapsolabilmektedirler. Hatta tipik bir depresyon rahatsızlığı ortadan kalksa bile, depresyonla mücadele etmenin zorluğu, aile ilişkileri üzerinde kolay kolay geçmeyecek bir etki bırakabilir. Hayal kırıklığı, üzüntü ve kızgınlıktan geriye kalan izler, depresif semptomlar azaldıktan sonra dahi, uzun süre daha kalmaya devam edebilir.

Bunun dışında, depresyonla başa çıkmanın getirdiği stres yükleyicileri, hali hazırda varolan evlilik, ebeveyn-çocuk problemleri ve aile fertlerinin alakasız sorunları yüzünden de iyice karmaşık hale gelebilirler. Bu tür sorunlar depresif rahatsızlığının sıkıntısını yenmeyi daha zor bir duruma sokabilir.

Aşağıdaki hikaye depresyonun bir aileyi nasıl alt üst ettiğini ve beraberinde diğer ilişkileri de olumsuz şekilde nasıl etkilediğini gözler önüne seriyor:

JENNY

38 yaşında, evli bir bayan olan Jenny, bir yılı aşkın süredir ciddi boyutta depresyondaydı. Çeşitli fiziksel şikayetleri, uyku problemi, motivasyon ve enerji yönünden eksikliği ve oldukça az bir iştahı vardı. Zamanla, ev işlerini yapamaz, kocasıyla üç çocuğuna karşı çok az ilgi gösterir bir hale gelmişti ve değersiz olduğu hissini yaşamaya başlamıştı. Hiçbir depresyon tedavisi görmemişti; fakat yaşamındaki, efkârlanıp bunaldığı diğer dönemleri hatırlıyordu. Eşinin ona yardımcı olmaya çalıştığını, birçok ev işini yaptığını, aynı zamanda, bir zamanlar kendisinin çok zevk aldığı, çocuklara ödevlerinde yardım etme işini de üstlendiğini söylüyordu. Yine de, evlilikleri, birbirleriyle neredeyse hiç konuşmadıkları, seks yapmak için en son ne zaman istek duyduğunu bile hatırlayamadığı kötü bir noktaya gelmişti. Şu an, kocasına gerçekten hiç aşık olup olmadığını hatırlamanın onun için bir savaş niteliğinde olduğundan bahsediyordu. Ayrıca, ailesiyle birlikte olmayı ve onların ihtiyaçlarını karşılamayı istememesinin suçluluğunu hissetmediği zamanları arzuladığını söylüyordu.

Jenny'nin eşi, Sam, onun bir zamanlar neşeli ve çekici bir kadın olduğunu anlatıyordu. Depresyona ilk girdiği zaman, ona karşı yardımcı ve anlayışlı olmaya çalışmış, onu neşelendirmek ve çocukların yükünü sırtından almak için uğraşmıştı. Aylar geçtikçe ve ev işleriyle uğraşmanın yükünü taşımaya devam ettikçe, eşine içerlemeye başlamıştı. Tüm bunlarla uğraşmanın, kendi işinden —kaybetmekten korktuğu—zaman çaldığını düşünüyordu. Bu kadar fazla sorumlulukla başa çıkarken, Jenny'nin hiçbir şekilde minnettarlık göstermeyişi durumu daha da kötü yapmıştı. Sam'e göre, Jenny sadece kendi ıstırabıyla yaşıyor, başka hiç kimseyi umursamıyor, en ufak bir eleştiriye ya da olumsuz duruma "fazla tepki" veriyordu. Bir zamanlar Jenny'nin yaşam kaynağı olan üç çocukları, ona artık bir yükmüş gibi görünüyordu ve Sam çocukların bu ihmal edilişlerini çok önemsiyordu. 13 yaşındaki çocukları zamanının çoğunu arkadaşlarıyla geçiriyor, 10 yaşında olan okulda başarısızlık gösteriyor ve beş yaşındaki son çocukları da şefkat ve ilgi bekliyordu. Hepsi içine kapanık ve güvensiz bir hale gelmişlerdi. Sam, beş yaşındaki çocuklarının, annesinin onu sevmediğinden şikayet ettiğini anlatıyordu. Onu en çok rahatsız

eden şey; Jenny'nin gerçekten iyileşmek isteyip istemediğinden emin olmamasıydı. Ayrıca, Jenny'nin de tıpkı annesi gibi, hayatının büyük bölümünü "yatakta" geçireceğinden de korktuğunu kabul ediyordu.

Jenny, çocuklarının durumunun iyi olmadığını ve kocasının bu konudan rahatsız olduğunu biliyordu. Hatta Sam destek olmaya çalıştığında bile, sanki kızgınlığını ele veren, sinirli bir ses tonu algılıyordu. Bu, olayları sadece daha kötü yaptı. Üstelik, yardımcı olmadığında, Jenny ona içerliyor; yardım ettiğinde ise kendini her zamankinden daha değersiz hissediyordu. Gittikçe ailesine yük olduğunu hissetmeye ve o olmadan daha mı iyi olurlar diye düşünmeye başladı. Tüm aile suçluluk, utanç ve sinir içerisindeydi.

Etkili başa çıkma yöntemleri, depresyonun çaresiz kişiler ve aile ilişkileri üzerindeki olumsuz etkisini azaltma potansiyelindedir. Fakat ne yazık ki, depresyonla mücadele etmek çetin bir süreçtir ve birçok aile, konu hakkında bilgi sahibi olmadıkları taktirde, gösterecekleri gayretlerin depresyondaki yakınları üzerindeki stresi artırabileceğini ve böylece ortadan kalkmasını arzu ettikleri davranış ve problemleri daha da tetikleyebileceklerini görmektedirler.

NİÇİN AİLE YAKLAŞIM YÖNTEMİNİ KULLANMALI?

Aile müdahalesi, aile sorunlarının; depresyondan önce ortaya çıkıp çıkmadığı, hatta depresyona neden olup olmadığı, depresyona bir tepki olarak ortaya çıkıp çıkmadığı ya da bu tür sorunlarla aynı anda varolup bunları kötülüp kötüleştirmediği ile ilgilidir. Ailenin depresyonla başa çıkma çabalarını ve ailenin işlevini iyileştirmeyi amaçlayan müdahaleler, hem depresyondaki bireyleri ve aile fertlerini mevcut semptomların rahatsızlık verici yönlerinden korur, hem de yenilerinin ortaya çıkmasını engeller. Bu tarz aile müdahaleleri tek başına kullanılabi-

lecekleri gibi, tıbbi tedavi ve bireysel terapiyi de içeren çeşitli tedavilerle birlik ve uyum içerisinde de kullanılabilirler.

Tedaviye aile yaklaşım yönteminin de dahil edilmesinin diğer bir gerekçesi, günümüz sağlık bakım sigortası düzenindeki değişikliklerden kaynaklanmaktadır. Bu bakım yönetimi düzeninde, sayısı gittikçe artmakta olan aileler, ciddi boyutta depresyonda ve hatta intihar etme teşebbüsünde olan hastaların ilk "yardımcısı" olmaya zorlanıyorlar.

Günümüzdeki sağlık sigorta poliçeleri, tedaviye oldukça az ölçüde finansal destek sağlıyor ve bunun neticesinde ciddi boyuttaki depresyonlu hastalar ya hastanelere kabul edilmiyor ya da tedavinin etkisi daha başlamadan yüzeysel kontrol altında geçmiş bir ya da iki haftanın ardından taburcu ediliyorlar. Hatta öyle ki, ayakta tedavi yöntemine verilen destek konusunda bile, depresyon rahatsızlığının sekiz, on iki ya da on altı haftalık sürelerde geçmesinin pek mümkün olmadığı gerçeğinin bilinmesine rağmen, sınırlamalar getiriliyor. Ne yazık ki, ödemeyi yapan üçüncü şahısların, ailenin hastaya sağlayacağı gücü ve durumla ilgisini tam olarak anlayamamaları nedeniyle, hastanın yanına bir aile üyesi atanmadığı ve seanslar "hastayla ortak seans" şeklinde düzenlenmediği takdirde aile ya da eş müdahaleleri hususundaki destek genellikle sağlanamıyor. Yine de, eğer aile ya da evlilik terapistleri bu zorluklar altında çalışmaya istek duyuyorsa, hastalara ve ailelerine zamanla yardımcı olmak mümkün olacaktır.

Depresif rahatsızlıkların büyük çoğunluğu (yaklaşık yüzde 85'i) tedaviye yanıt vermektedir (ya da en azından kendiliğinden hafiflemektedir), fakat yineleme ihtimalleri oldukça yaygındır. Bu nedenle, hastalara yardımcı olan sistemlerle çalışmak hem hastaların ve ailelerinin kendi başlarına mücadele etmelerini sağlayacak yöntemler geliştirmelerine hem de uzmanların fazla vaktini almamalarına yardımcı olur. Kısacası, depresyon bir "aile meselesi" ve genellikle de ömürlük bir mevzudur.

Aşağıda açıklanan yaklaşım tarzı hem klinik olarak depresyonlu yetişkinlerin, hem de çocukların aileleriyle ilgilenmek için hazırlandı. Şizofreni için geliştirilmiş psikoeğitsel modelimizin yapısına ve mantığına dayanmaktadır. Her ne kadar bu modelin varyasyonları anlatılmış olsa da, hiçbir kontrollü vaka bu yöntemin depresyon üzerindeki etkililiğini kanıtlamamıştır. Yine de, önceki deneyimlerimizde, bu metod, şizofreni hastalığının geçtikten sonra nüksetmesini önlemede etkili olduğunu kanıtladığı için, depresyonlu hastalarla ve aileleriyle olan klinik çalışmalarımızda psikoeğitsel müdahalelere yüksek oranda güveniyoruz.

Bununla alakalı birçok sebep var. İlk olarak, psikoeğitsel yöntem; depresyonu, etiyolojisi ve gidişatı biyolojik, genetik ve kişilerarası faktörlerden etkilenen bir rahatsızlık olarak algılamamızla örtüşüyor. İkinci olarak, tıbbi tedavi yöntemiyle ya da diğer tedavi türleriyle beraber, terapistlere hem biyolojik hem de psikososyal alanda eş zamanlı hitap ederek, kolaylıkla kullanılabiliyor. Üçüncü olarak, psikoeğitim modeli, aileleri psikiyatrik sorunların üstesinden gelmede vazgeçilmez bir kaynak olarak görüyor. Bu nedenle, tedavi sürecinde, ailelerle işbirliği içerisinde çalışmanın önemini fazlasıyla vurguluyor. Son olarak, bu tedavi şeklinde sunulan pratik bilgiler, duyulan endişeyi azaltma ve hem hastanın hem de ailelerin stresini en aza indirip etkili şekilde mücadele etmelerini sağlama yolunda yardımcı olabilir.

YÖNTEMİN AMAÇLARI

Bu yaklaşımın ana hedefleri, hasta ve aile ilişkisini iyileştirmek ve depresif semptomatolojiyi hafifletmektir. Bunlar; hastalar, aile üyeleri ve ailenin tümü için aşağıdaki hedefler üzerinde çalışmakla başarılabilir:

Hastalar için:

Özgüven ve değerlilik duygusunda iyileşme
Kendi depresyonuyla başa çıkmak için sorumluluk duygusunun artması
İlişkilerde ortaya çıkan ihtiyaçları konuşma yeteneğinin gelişmesi
Aktivite ve girişimlerdeki artış
Krizlerle başa çıkma yeteneğinin gelişmesi

Aile üyeleri için:

Depresyon (semptomları, tedavileri, aile hayatı üzerindeki etkisi) hakkında bilgi artışı ve depresyonu normal bir hastalık olarak algılama
Hastalığa yönelik stres, endişe, suçluluk ve kızgınlık duygularında azalma
Depresif davranışlarla başa çıkmak için mücadele yeteneğinin gelişmesi
Depresyonun, yaşamını ele geçirmesine izin vermemek için kendini koruma ihtiyacıyla hastanın gereksinimlerini karşılama ihtiyacı arasındaki dengeyi kurmak için gerekli yeteneğin gelişmesi

Bir bütün olarak aile için:

Değişim için umut ve inancın artması
Ustalık ve kararlılık hissinin artması
Etkili iletişim ve çatışma çözümü için yeteneklerin kullanımının artması aracılığıyla gerilimin azalması
Daha geniş bir destek topluluğu ile bağlantılılığın artması

Bu genel hedefler, her ailenin kendine özgü şartlarına uygulandığında çeşitlilik gösterir. Tedavinin asıl hedefleri; hastanın rahatsızlık derecesini, rolünü, ailenin sağladığı güç ve dayanağı ve de tedavi için ayrılan sürenin miktarını kapsayan birçok etkene bağlıdır.

Önerilen tedavi yöntemi dört aşamadan oluşmaktadır: (1) birleştirici/değerlendirme, (2) destek ve bilgi sağlama, (3) bu mantık ve bilgileri günlük yaşamda uygulama/devam ettirme, ve (4) aşamalı sonuç. Her aşamanın ana işlevi klinik uzmanlarının sıklıkla karşılaştığı problemlerle birlikte aşağıda açıklanmıştır.

I. AŞAMA: BİRLEŞTİRME/ DEĞERLENDİRME

Aileyle terapist arasında kuvvetli ve pozitif bir çalışma bağı kurulmadığında, herhangi bir aile tedavisinin etkili olması beklenemez. Bu ilişki, en önemlileri, ailenin gücünü, özerkliğini, tedavi hakkında karar verme, seçim yapma hakkını saygıyla karşılama anlayışı ve işbirliği ruhu olan önemli hususlardan ayrı tutulmalıdır.

Eğer hasta akut depresyondaysa, hastanın depresif ruh halinin, neyin gerçek neyin depresyonlu dünyasının bir ürünü olduğunu ayırt etmesi neredeyse imkansızdır. Bu nedenle, bu ilk seansların bazılarının, diğer aile üyelerine yasaklanması gerekebilir. Bu kısıtlama, aile engellemelerini ortadan kaldırır ve eğer hastadan ilk seanslarda aile sorunlarından bahsetmesi bekleniyorsa, bu aşamada ortaya çıkabilecek yaralayıcı düşüncelerin ve saplantıların artmasını önler. Böylece, hasta iyileşmeye başladıkça, ailenin de dahil olduğu seanslara daha büyük oranda katılması kolaylaştırılmış olur.

Depresyon yüzünden moralleri bozulmuş ailelerle başarılı bir iletişim kurmanın asıl zorluğu, bir yandan durumlar ger-

çekten düzelebilecek mi diye tedaviye bakışlarındaki ve umutlarındaki kaçınılmaz endişeye saygı duyarken, diğer yandan değişimin mümkün olduğu inancını onlara aşılamaktır. Çünkü birçok aile, kendi sorunlarını umursamaksızın, tüm aile fertlerinin ihtiyaçları ve problemleriyle başa çıkmaları gerektiğine inanırlar ve ne zaman bir kliniğe gitseler, yardımcı olamadıkları için kendilerini kızgın ve suçlu hissederler. Ailenin öyküsünü dinlemek, anlaşıldıklarını söylemek ve depresyonla baş etmenin ve yardım istemenin ne kadar zor olduğunu kabul etmek, başlangıçta iyi bir ilişki kurmanın etkili bir yoludur.

Klinik uzmanları olarak, iyimser, aktif ve gerçekçi bir tutum içerisinde olmalıyız. Depresyonun güçlü etkisine tanık olan bizler de, kimi zaman depresyonlu duygulara karşı çaresiz ve değişimin olasılığı üzerine umutsuz olabiliriz. Ve sonuç olarak, bakış açımız "depresyonlu" bir dünya görüşü ile sınırlanabilir ve "yeni bakışlar" önerme yeteneğimizi yitirebiliriz. Buna ek olarak, ailenin gerçeklik algısından çok farklı olan gerçek dışı bir tutum, güvenilirliğimizi azaltacak ve birleştirici süreci tehlikeye düşürecektir. Ailenin mücadelelerini ya da sorunlarını takdir-i ilahi olarak tanımlamak çok safça bir yaklaşımdır, bunun yerine onlara durumlarına uygun yöntemler sunmamız gerekmektedir.

Yeniden Çerçeveleme

Herhangi bir durumun pozitif yönlerine odaklanmak ya da "durumu yeniden çerçevelemek", daha olumlu ve hâlâ gerçekçi alternatif bir dünya görüşü sağlamak için kullanılan tekniklerden birisidir.

Her ne kadar yeniden çerçeveleme, her ailenin kendine has özelliklerine göre yapılmalıysa da, depresyon çalışmalarında sıklıkla yararı görülen üç yolu şunlardır:

1. Semptomları bilgi vererek yeniden çerçevelemek
2. Olumsuz davranışları olumlu amaçları vurgulayarak yeniden çerçevelemek
3. Kötü durumları, "kötü haberler hakkındaki iyi haberler" yönünde vurgulayarak yeniden çerçevelemek

Aşağıdaki olay, bir terapistin bu tarz yeniden çerçevelemeyi, bir aileyle çalışırken nasıl kullandığını ve anlayışlarını nasıl değiştirmeye başladığını gösteren bir örnektir:

BRENDA

17 yaşındaki Afrika kökenli Amerikalı bir genç kız olan Brenda ve babası Jim, aile terapisine başladıkları zaman birbirleriyle çok az konuşuyorlardı. İlk seanslarda Brenda, babasının umursamaz, eleştirici ve duygusuz olduğunu düşündüğünü söylemişti. Onu azarladığını, sürekli eleştirdiğini ve üzerinde baskı uyguladığını ve bunların sonucunda, onun da, babasıyla çok az şey yapmak istediğine karar verdiğini anlatmıştı.

Jim tüm bu azarlamalarının gerekli olduğunu; çünkü Brenda'nın, büyüklere saygı duymayan bencil ve nankör bir genç olduğunu öne sürüyordu. Brenda, onun söylediğine göre, yaşamındaki her şeyden şikayet ediyor, başkalarıyla iletişim kurmaktan kaçınıyor, günün büyük çoğunluğunda kendisini odasına kapatıyordu. Aslında Jim, Brenda'nın, dört yaşından, yani annesi gittiğinden beri birlikte yaşadığı büyük anne-babasıyla ve kendisiyle yaşamak istemeyişini çok sık dile getirmesine kızıyordu. Jim, Brenda'nın tek başına yaşamayı bu kadar çok istemesini ve Brenda'nın neden kendisinin ve anne-babasının onu sevmek ve korumak için gösterdiği çabaların farkına varmak istemediğini anlamıyordu.

Birleştirici bir yol olarak terapist, şu anki çatışmalarının daha az olumsuz olan yönlerini ön plana çıkarmaya başladı. Birbirleriyle olan sürtüşmelerinin çok zor ve stresli olduğunu kabul ettiğini; fakat bir yandan da bu sorunların, ilişkilerinde bazı olumlu değişiklikler yapmak için iyi bir fırsat olabilecek dönüm noktasını da onlara sunduğunu üstüne basa basa belirtti.

Terapist ayrıca, Jim'le de, Brenda'nın mutsuz olduğu tüm bu durumlarla başa çıkmanın ne kadar zor olduğu üzerine konuştu. Daha sonra ona, Brenda'nın çekingenliğini, şikayetlerini ve negatifliğini, bencilliğinin ya da saygısızlığının bir parçası olarak değil de, içinde bulunduğu depresyonun bir neticesi olarak görmesine yardımcı olacak "yaygın depresyon semptomları" hakkında bilgi verdi.

Jim'in kızı için en iyisini istediğini ve onun daha mutlu olması için uğraştığını anladığını söyledi. Kızına, yaşamından zevk alması için yardım edemiyor olması düşüncesine dair kızgınlığının ve endişesinin son derece normal olduğunu açıkladı. Jim'in iyi niyetli uğraşlarını bu şekilde onaylaması, ona, Jim'in tüm bu çabalarının ters teptiğini ve Brenda'nın yapmamasını istediği davranışları daha da tetiklediğini söylemesine olanak verdi. Kendini doktor tarafından desteklenmiş ve anlaşılmış hissetmesi ve kızının rahatsızlığını daha iyi anlamış olması Jim'in, Brenda'yla iletişim kurmak için kullanabileceği alternatif stratejiler hakkında yeni şeyler öğrenmeye daha açık ve ılımlı hale gelmesini sağladı. Bununla beraber, Brenda da, babasının azarlamalarını, onu korumak için yaptığı; fakat yanlış bir yol olarak görmeye başladıkça, kendini daha az yabancılaşmış hissetmeye başladı.

Bu ailenin hikayesi, depresyon semptomlarını normal bir hastalığın semptomları olarak yeniden tanımlamanın hoşgörü ve zaman kazanmada oldukça işe yaradığını göstermektedir. Depresyonla yaşamanın ne kadar zor olduğunu kabul etmek ve herkesin elinden geldiğini yaptığını söylemek, Brenda'nın babasının suçluluk ve çaresizlik duygularının azalmasına yardımcı oldu. Yardım etmek isteyişinin arkasındaki iyi yönlü niyetlerini, her ne kadar Brenda'ya gereksiz ve baskıcı gelse de, ön plana çıkararak, doktor, aile üyeleri arasındaki gerilimi azaltmış ve gelecekte neyin daha yardımcı olabileceği hakkındaki bilgilerle zemini donatmıştır. Bu tarz küçük yöntemlerle, olayları algılayışın yönünü değiştirmek, tutumları ve davranışları değiştirdiği gibi suçluluğu ve çatışmayı da azaltır.

Zayıf ve Güçlü Noktaları Değerlendirmek

Tedavinin bu ilk aşamasında, artırılabilecek güçlü yönlerle, sayıca en aza indirgenebilecek zayıf yönler açısından hastanın ve ailesinin çevresini inceleme sürecini başlatmak da oldukça önemlidir. Güçlü yönler üzerindeki vurgu ve önemseyiş, aile üyelerinin, durumu ne kadar önemsediği, birbirlerine ne kadar bağlı olduğu, geçmişteki mücadele yetenekleriyle, yardım isteme, ihtiyaçlarını dile getirme becerileri ve klinik uzmanlarının gözlemleyebileceği diğer tüm nitelikler gibi faktörlere dikkat edilmesini gerektirir. Tüm bu hususlar aydınlatıldığında, daha fazla önemsenip güçlendirilebilirler ve böylece hastayla ailesinin, kendi sorunlarıyla baş etmeye çalışırken görmezden geldikleri olumlu noktaların da farkına varmasını sağlayabilirler.

Ailedeki hassas noktaları incelerken, uzmanların mevcut zorlukları, tek "gerçek" ya da asıl neden bu zorluklarmış gibi düşünmeden incelemeleri önemlidir. Bu değerlendirme, aile üyelerinin yakın zamanda yaşadığı ve üstesinden gelmek için uğraşırken enerjilerini yüksek oranda harcamış olan olaylara ve streslere (örneğin; kayıplar, iş değişikliği, yaşam tarzındaki değişiklikler) dair bir araştırmayı da içerir. Ailenin birbirleriyle iletişim şekilleri incelenirken, (1) ciddi boyuttaki eleştiri, (2) sözlü ve sözlü olmayan mesajların tutarsız olduğu iletişim, (3) hastanın varolan yeteneklerini körelten bakım, ve (4) aile üyelerinin yardımcı ve anlayışlı olmak için kendilerini bitirip tükettikleri çabalar üzerinde özellikle durulmalı, dikkat gösterilmelidir.

Bu hususlar itina ve düzeltme gerektirir; fakat bu, onların patolojik olmasından değil—bunlar günlük problemlerle baş etmenin makul yolları olabilir—depresyonlu kişilerin onları idare etmeyi başaramamasından kaynaklanmaktadır. Gerçekte, bir ailenin yardımcı olmak adına gösterdiği tüm doğru ve

yerinde tepkiler ya da çabalar, hastanın zaten zayıf olan yeterlilik duygusunu daha da yaralayabilir. Bir kadın, eşinin, ev işlerini üstlenme eğiliminin kendisini kötü hissetmesine yol açtığını çünkü ailesinin artık ona ihtiyaç duymadığını düşünmeye başladığını anlatmıştı.

Bir taraftan, aile hayatının olağan bir parçası olan eleştiriler depresyondaki kişiyi daha kötü bir duruma sokabilirken, diğer taraftan da aile fertlerinin, hastaları olası tüm eleştirilerden uzak tutmaya çalışması, hasta, onların yüz ifadelerindeki kızgınlık belirtilerini gördüğünde ve tüm bu çabalara karşı güveni sarsıldığında, çok daha olumsuz bir sonuca yol açabilir.

Örneğin, 40 yaşındaki depresyonlu Mary, eşinin, kendisini daha iyi hissetmesi için çaba gösterdiğinden bahsediyor; fakat bununla beraber eşinin sesindeki sabırsızlık ve kızgınlık belirtilerini de farkettiğini ekliyordu. Depresif bakış açısı, Mary'nin, eşinin, sırf o daha iyi olsun diye sarfettiği tüm bu destekleyici davranışları, aslında kendisini suçlu hissetmesin diye yaptığı algılamasına yol açıyordu. Öte yandan kocası ise tüm çabalarına yönelik bu "doğru olanı yap" yorumu karşısında gittikçe daha fazla öfkeleniyordu.

Aile üyelerinin de, hastayı aile hayatının bu olağan streslerinden korumak için bu kadar uğraştıktan sonra tükenip bunalması pek de şaşırtıcı değildir.

Benzer başka sorunlardan daha bahsedilebilse de, depresyonun aile üzerindeki asıl etkisi bir yığın faktöre bağlıdır. Bunların birçoğu, hastanın gelişimsel dönemi ve ailenin yaşam döngüsüyle ilgilidir. Depresyonun etkileri hastanın çocuk, ergen ya da yetişkin ve ailedeki rolünün çocuk, ev kadını, bakıcı, işçi ya da yaşlı ebeveyn olup olmamasına göre farklılık gösterir. Değerlendirme, ayrıca, hastalığın doğasına (kronik, akut, tekrar depreşen) ve diğer şartlara da (örneğin, aile bütçesi sıkıntıları, diğer aile üyelerinin tıbbi ve/veya psikiyatrik hastalıkları, bekar ana babalık gibi) değinmelidir.

Tedavi Sözleşmesi

Birleştirici değerlendirme aşamasının son safhasında hasta, aile ve terapist tedavi sözleşmesi ve tedaviye dahil olan herkesin bu süreçten ne bekleyebileceğini ifade eden maddeler üzerine konuşurlar. Tedavi sözleşmesi, süre sınırlı fakat yenilenebilir nitelikte olmalı ve net, spesifik, karşılıklı onaylanmış, gerçekçi hedeflere dayanmalıdır. Sözleşme, ayrıca, tedaviye dahil olacak herkesten, seansların sıklık derecesinden ve kullanılacak ana müdahale stratejilerinden bahsetmelidir. Net bir sözleşme, üzerinde çalışılan soruna ortak bir yaklaşım sağlar ve hangi gelişmelerin ölçüleceğine yönelik bir kılavuz niteliği taşır.

II. AŞAMA: DESTEK VE BİLGİ SAĞLAMA

Klinik uzmanı, aileyle ortak bir ilişki kurduktan ve amaçlanan hedeflerin yer aldığı sözleşme üzerine görüştükten sonra, onları, hastalık hakkında destekleyici bir tutumla bilgilendirmek, tedavinin bir sonraki aşaması ve terapistin görevidir. Bilgi vermek, ailenin stresini azaltıp aile etkileşiminin olumsuz yönlerini ortadan kaldırmak ve daha destekleyici bir ortam yaratmak için kullanılan tehlikesiz bir müdahale stratejisidir. Bilgi vermek, ayrıca, hastalara ve ailelere saygı duyulduğunu da ifade eder ve birleştirme/değerlendirme sürecinde kurulmaya başlanan işbirlikçi ilişkiye yönelik çabaları kuvvetlendirir. Verilen bilgiler, insanların, hayatlarındaki önemli olay ve tecrübeleri anlamadığı zaman duydukları endişeyi azaltabilir. Bununla beraber, tedaviye yönelik tercihler yapmalarını ve davranışlarla olaylara tepki verirken kullanmayı isteyebilecekleri mücadeleci stratejileri öğrenmelerini sağlayacak gerekli bilgileri de sağlamış olur. Bir konuda bilgi ve hakimiyet sahibi olma duygusu, insanların tüm stres yapıcı faktörlerle başa çık-

masında yardımcı olabilir. Bunların içinde, aile yakınlarının davranış ve hallerindeki moral bozucu durumlarla baş etme mecburiyetinin neden olduğu stres de vardır (Bkz. Tablo 1.1).

Büyük Önem Taşıyan İçerik Alanları

Ailelere, klinik uzmanının, onların ne yaşamakta olduğunu bildiğini ve hastalıkla baş etmenin zorluklarını anladığını ifade etmek oldukça önemlidir. Bunun yanısıra, görüşmeye, depresyonun tanımıyla başlamak, onun herkesin zaman zaman yaşadığı "sıkıntı basma"lardan ne yönde ayrıldığını açıklamak ve hastalarla aile üyelerinin vermesi beklenen yaygın tepkilerden bahsetmek büyük oranda yardımcı olacaktır. Bu açıklamalar, bir taraftan da, depresyonun olası etiyolojilerini konuşup tartışmak için zemini hazırlamış olur.

Birçok aile ferdi, hastanın rahatsızlığına kendilerinin sebep olduğunu düşünerek endişelenirler ve uzmanlar bunun doğru olmadığını söylemediğinde, kendilerini suçlamaya başlarlar. Bu suçluluk ailenin zaten varolan stresini daha da artırır ve tedavi ittifakının gelişimi ile mücadele girişimlerine zarar verir.

Depresyon etiyolojisi hakkındaki teorileri açıklarken, her ne kadar sadece bir teori olduğunu ve depresyonun kesin bir nedeninin henüz bulunmadığını üstüne basarak belirtsek de, stres-yenilgisi modelinin altını çizmeyi yararlı buluyoruz. Aile üyelerinden gelen geribildirimler, depresyonu, olağan ya da olağandışı streslerin birtakım genetik ve biyolojik bozukluklar çerçevesinde ortaya çıkmış bir rahatsızlık olarak görmenin, onlar için anlam ifade ettiğini doğrulamaktadır. Eşlerden birinin "Karımın depresyonlu halleri şimdiye kadar bana hiçbir anlam ifade etmemişti. Sanırım artık ona yardımcı olmam kolaylaşacak," dediği gibi, aile üyelerinin de bu durumu farkedip algılaması pek de olağan değildir.

Hastalara ve aile fertlerine, ayrıca, güncel tedavi yöntemleri ve kanıtlanmış etkilerini de kapsayan nihai bilgiler sunulmalıdır. Hastalığın çıkışı ve gidişatı ile tıbbi tedaviye, psikoterapiye ve her ikisine birden (genellikle olduğu gibi) yönelik spesifik veriler, ailelerin hastalığın karmaşık doğasını ve aile hayatı üzerindeki yansımalarını anlamalarına yardımcı olmak için kullanılabilir. Bu bilgiler, diğer taraftan, aile üyelerinin, birçok hastanın yaşamla başa çıkmasının ve yüksek oranda istek duymadan depresyonu yenmesinin neden mümkün olmadığını anlamalarına da yardım eder. Bununla beraber, aile üyelerinin, rahatsızlık verici ve kabul edilemez olarak gördükleri davranışlara karşı töleranslarının artmasında ve depresyonun geçmesi ya da tedavinin etkili olması için gereken zamanı kabullenmelerinde de yardımcı olmaktadır.

Son olarak, aile hayatının belli başlı yönlerinin olası etkisini de içine alan, depresyonun gidişatını etkileyebilecek psikososyal stres yapıcılar hakkındaki bilgiler de paylaşılmalıdır. Hastanın depresif semptomlarının etkisini ve şiddetini ortadan kaldırmaya yardımcı olabilecek strateji ve başa çıkma yöntemleri vurgulanmalıdır. Yürütülen etkinliklerin ve uygulanan planın hasta için yararlı olan içeriğinin altı da çizilebilir. Ailelere, aceleci rahatlatmalardan, fazla destekten ve eleştiriden kaçınmaları için yardım edilebilir. Hastanın ihtiyaçları ve zayıflıkları tabii ki odak noktası olmalıdır; fakat aile üyeleri de, sürekli destekleyici bir ortam yaratma uğraşından tükenmemeleri için kendilerine dikkat etmeleri hususunda bilgilendirilmelidir. Tüm bunlar, hastaya yardımcı olan aile üyelerine, depresyonun yaşamlarını ele geçirmesine izin vermemek için bazı yöntemler bulmada, sınırlarını görüp ona göre davranmada, kendi kaçınılmaz negatif duygularını kabul etmede, dönüşümlü olarak faaliyette bulunma ve destek ortamıyla ilişkide olmalarında yardımcı olabilir.

Tablo 1.1
Depresyon üzerine Hasta-Aile Psikoeğitsel Seansların Gündemi

I Depresyonu tanımlamak
- A. Depresyon normal ruhsal gelgitlerden nasıl farklılık gösterir
  Açıklama: Devam ettiği zaman süresi, işlevsellikteki etkisi, gurur, çevreye karşı tepkiler
- B. Olası sebepler: Stres-yenilgi modeli
  1. Genetik faktörler
  2. Biyokimyasal faktörler
  3. Yaşamdaki olaylar, stres yapıcılar ve aile problemleri

II. Depresyon ve toplumsal çevre
- A. Depresyon nasıl görünür: toplumsal zorluklar
  1. Aşırı hassasiyet ve kendi kendiyle meşguliyet
  2. Rahatlatmalara, desteğe, görüşlere ve sempatiye karşı tepki sizlik
  3. Kasıtlı görünen davranışlar
  4. Başkalarını umursamama, gerçek dışı beklentiler
  5. Yüksek oranda ilişkileri kontrol etme ihtiyacı
  6. Normal işlevleri, görevleri yapamama
- B. Negatif etkileşim zincirlemeleri
  1. Aile dil dökerek, rahatlatarak, koruyarak yardım etmeye çalışır (aşırı müdahale potansiyeli)
  2. Hasta tepkisizdir, aile yardım girişimlerini artırır ya da geri çekilir
  3. Hasta kendini yabancılaşmış hisseder; aile çekingen, kızgın ya da her ikisi birden olmuştur
  4. Aile suçluluk hisseder ve aşırı korumacı tutumuna geri döner
  5. Hasta kendini değersiz, çaresiz ve çocuklaşmış hisseder
  6. Aileler zamanla tükenir fakat suçluluk/kızgınlık ikileminde kalmaya devam ederler
  7. Uzaklaşma ve/veya aşırı koruma

Tablo 1.1 (devamı)
Depresyon üzerine Hasta-Aile Psikoeğitsel Seansların Gündemi

III. Tedaviler
- A. Psikotropik tedavi
- B. Psikoterapiler
- C. Diğer tedavi yöntemleri

IV. Depresyonlu aileler
- A. Ne yapmaktan kaçınmalı
  1. Çok aceleyle rahatlatmaktan
  2. Haberleri harfi harfine aktarmaktan
  3. Sürekli hazır ve pozitif olmaya çalışmaktan
  4. Hastalığın aile hayatını ele geçirmesine izin vermekten
- B. Koruma dengesi yaratmak (Ne az ne çok)
  1. Çeşitli gerçekleri kabul etmek
  2. Hastayla rahatsızlığını ayırt etmek
  3. Geçici olarak beklentileri azaltmak
  4. Gerçekçi destek ve güç sağlamak
  5. Gereksiz eleştirilerden kaçınmak (fakat gerektiğinde görüş belirtmek)
  6. Açık ve basit şekilde (herkesçe bilinen şekilde) iletişim kurmak
  7. Aktivite ve plan sağlamak
- C. Ailenin kendini koruması için beceriler
  1. Dönüşümlü olarak faaliyette bulunmak ve ara vermek (hastadan uzak)
  2. Kahramanlıktan kaçınmak
  3. Kendi negatif duygularını da kabul etmek
  4. Hastalığın etkisini minimuma indirmek
- D. Özel sorunlarla baş etmek
  1. İntihar tehditleri ve teşebbüsleri
  2. Tıbbi Tedavi
  3. Hastaneye yatırma
  4. Değişik tepkiler

Çocuklar ve Ergenler

Hasta, bir çocuk ya da ergen olduğunda eğitsel seanslar belli oranda farklılık gösterecektir.

Semptomatoloji hakkındaki bilgilerin birçoğu aynen geçerlidir; fakat belli yaş gruplarının belli semptomlarına dair bilgiler değişmektedir.

Örneğin, prepubertal çocuklar, depresif görünmeye, fiziksel şikayetlerde bulunmaya, ayrılık endişesi ve huzursuzluk sergilemeye daha yatkınken; ergenler, iştah bozukluğu, kilo kaybı, uyku problemi, umutsuzluk ve fobiler hakkındaki daha genel sıkıntılar gibi bazı belirtilerdeki değişikliklerden şikayet etmeye daha yatkındır.

Çocuk ya da ergen depresyonunda, yardım talebi ya intihar teşebbüsü gibi bir durumun ardından ya da çekingenlik, başarısızlık gibi daha kronik sorunların neticesinde gelebilir. Anne-babalar, çocuğun duygu ve düşüncelerinden ziyade depresyonun davranışsal semptomlarının farkında olduğundan, şikayetler genellikle hastalığın ikinci derecedeki zorluklarını içerir.

Bu tarz durumlarda, geçmişteki duygusal rahatsızlığın, madde kullanımının ya da ebeveynlerdeki anksiyetenin daha da güçleştireceği bir aile uyuşmazlığı patlak verebilir. Sonuç itibariyle, bu ailelerin daha problemli olması ve diğer aile üyeleri arasındaki sorunlara daha fazla önem verilmesinin gerekmesi son derece olasıdır. Buna ek olarak, ebeveynlerin, çocuklarının hâl ve vaziyetlerinden genellikle kendilerini sorumlu hissettikleri için, suçluluklarını ve endişelerini ortadan kaldırmaya ve böylelikle aktif şekilde mücadele etmelerini sağlamaya özellikle dikkat edilmelidir.

Ebeveynler, aile üyelerinin depresyonlu kişiyi izleyeceği süre; normal ruhsal gelgitleri, depresyonun belirtilerinden nasıl ayırt edecekleri; çocuğu negatif duygu, düşünce ve diğer stres yapıcı durumlardan koruyup korumayacakları; ve önce-

den kestirilemeyip aralıklarla devam eden bu iyileşme süreciyle nasıl baş edecekleri hakkında bilgi edinmeye ihtiyaç duyarlar. Örneğin, depresyondaki kişinin anne-babası, tıpkı diğer aile fertleri gibi, evlatlarına ne zaman yardımcı olabileceklerini anlamada yardım isteyebilir. Depresyonlu ergenler için ise bu durum, kendilerine mahremiyet ve bağımsızlık tanıyan anne-babalarına verdikleri yüksek değer nedeniyle daha hassas bir hale gelir. Depresyonlu çocuklar ve ergenler için gündeme getirilmesi gereken diğer hususlar, tedaviye direnmeyle nasıl baş edileceğini, uygun kısıtlamaların nasıl konulacağını ve normal gelişimsel değişiklerin, yardım gerektiren davranışlardan nasıl ayırt edileceğini de içermelidir. Örneğin, ebeveynler yakın zamanda daha şiddetli belirtiler yaşamış olabileceğinden ergen kaprisleriyle aşırı tepki vermeden baş etmeye çalışırken, yardıma gereksinim duyabilirler. Ayrıca, tedavi görmekte olan çocuklarını, durumun daha fazla güç gerektiren savaş alanına dönüşmesine yol açmadan korumanın yollarını bulmak için de tavsiyelere ihtiyaçları olabilir.

Yaşlılar

Eğer hasta yaşlı bir aile üyesi ise, diğer hususlar özel dikkat gerektirir. Örneğin, hem ölümün ve hem de potansiyel komplikasyonların doğasından bahsedilmelidir. Ölüm her zaman depresif vakanın başlangıcıyla ilişkili olan ve aynı zamanda, yaşlıların daha büyük sıklıkta yaşadıkları son derece önemli bir faktördür. Yaşla beraber ortaya çıkan tıbbi rahatsızlıklar ve onları tedavi etmede kullanılan tıbbi müdahaleler, depresyonun yüksek risk ihtimaliyle birleşebilir. Bunun dışında, duruma dahil olması beklenen muhtemel aile üyeleri çoğunlukla eşler, yetişkin çocuklar ya da kardeşlerdir; ve depresyonda olmayan eşin ya da "araya sıkışmış jenerasyon" olarak nitelendirilen yetişkin çocukların aşırı sorumlulukla yüklenme ihti-

mallerine özel önem verilmelidir. Bazı aile üyeleri yardım etmeye daha gönüllü ya da kolaylıkla yardım istenebilen kişiler olabilir. Bu nedenle kimin hangi görevleri üstleneceğini belirlemek genellikle yardımcı olacaktır. Eldeki bu verilerle, işlerin bazıları aile üyeleri arasında daha adil şekilde paylaştırılabilir ya da başka aile yakınları yardım için ortama dahil edilebilir.

Tedavinin Şekli

Ailelere bilgi vermenin en etkili yolu, çoklu aile grup seanslarıdır. Bu tarz geniş grup seansları, birçok aileye aynı anda büyük çapta bilgi sunmanın etkili ve masrafsız bir yolu olduğu için özellikle değerli görülürler. Üstelik, diğer ailelerle irtibat kurmayı sağlarlar, ki bu, insanların depresyonla mücadele sürecinde sıklıkla yaşadıkları yalnızlık ve utanç duygusunun azalmasına yardımcı olan güçlü bir yoldur. Bu seanslarda, sadece, aileler ve hastalar benzer durumlarla mücadele eden kişileri görmezler, ayrıca, soru sormaya ya da uzmanlardan açıklama istemeye çekinen kişiler de, verilen bilgi ve cevaplardan faydalanmış olurlar.

Soru sormanın makul olduğunu gördükleri zaman, ailelerin hastalığın sebepleri ve tedavileri hakkında birçok soru yönelttiğini önceki deneyimlerimizden biliyoruz. Bu sorulara dürüstçe yanıt vermek, özellikle de bilinmeyenleri açığa çıkarmak, klinik uzmanlarına tedavi ittifakı kurmada yardımcı olur.

Normalde, bu grup seansları 6 ya da 8 aileden oluşur. Seanslar, bir gün içerisinde 4-6 saat süren "hayatta kalma becerileri grubu" şeklinde düzenlenebileceği gibi, birkaç haftaya yayılan 4 ya da 6 seanslık bir seriyle de gerçekleştirilebilir. Biz her iki yöntemi de denedik ve ikisinin de avantajları olduğu sonucuna vardık. Bir günlük format, uzmanların da dahil olduğu hızlandırılmış bir program sunup ailelerin birbirlerinden güven ve destek bulmalarını sağlarken, genişletilmiş for-

mat, aile üyelerine, seanslar arasında geçen sürede, konuşulanlar üstünde düşünmelerine ve sorularla yorumlar için kendilerini hazırlamalarına fırsat verip ekiple ve diğer ailelerle zaman içerisinde ilişki kurmalarını sağlar.

Çoklu aile gruplarının uygun olmadığı öne sürüldüğünde, bilgi tedariği, tedavi ilişkisini daha işbirlikçi hale getiren bir yöntem olan bireysel aile seanslarına kolaylıkla entegre edilebilir. Bilgiler çok sayıdaki uzmandan biri tarafından verilebilir. Genellikle, bir psikiyatrist ya da master seviyesindeki hemşire, tıbbi tedavi yönteminin ve etiyolojinin teorileri üzerine bilgi verirken, tıp uzmanı olmayan bir sosyal yardım uzmanı ya da psikolog, psikososyal açılar ve psikoterapötik müdahalelerden bahseder.

Formatı ne olursa olsun, klinik uzmanları, hastalara ve ailelerine bilgi vermek için, özel konular hakkında yazılmış metinlerin dağıtımının da dahil olduğu çok çeşitli araçlar kullanarak bu faaliyetlerinin etkisini artırabilirler. Ulusal Ruh Sağlığı Organizasyonu'ndan ve Ulusal Akıl Hastaları Topluluğu'ndan temin edilebilen broşürler genellikle işe yaramaktadır. Bu tarz yazılı materyallerin dağıtımı, depresyonun bir hastalık olduğu algısını artırır ve bunun yanı sıra hastalara ve ailelere, edindikleri materyalleri eve götürüp, bilgileri kendi öğrenme hızlarına göre öğrenip özümsemelerine olanak sağlar.

III. AŞAMA: İLKELERİ UYGULAMAK VE YARAR SAĞLAMAK

Depresyon genellikle, tekrar eden ve bazen de kronik nitelikte olduğundan, hastaların ve ailelerin onunla baş etmeyi zamanla öğrenmeleri gerekir ve bu uğurda sarfettikleri çabalar için destek görmeye ihtiyaçları vardır. Psikotropik tıbbi müdahaleler akut vakaları iyileştirmede mucizeler yaratsa bile, depresyonun yan etkileriyle uğraşmak çoğunlukla evlilik ve ebe-

veyn-çocuk problemlerine değinmeyi de içerir. Bu problemlerin depresyondan önce çıkıp çıkmadığı ve oluşumuna katkıda bulunup bulunmadığı ya da onun bir sonucu olup olmadığına yönelik bu tarz sorunları ortadan kaldırmak için çeşitli yollar bulmak hem aile memnuniyetini artıracak hem de bunların tekrarlamasını engellemeye yardımcı olabilecektir.

Bilgi vermek, bahsedildiği gibi, depresyonla savaşmayı öğrenmenin önemli bir parçasıdır fakat tek başına bilgi, nadiren, önemli ve kalıcı değişiklikler meydana getirmek için yeterlidir. Aile seansları serisi, ailelere, eğitsel seansların tema ve prensiplerini kendi günlük yaşam deneyimlerine uygulamada yardım etmek için önerilebilir.

Sınırları Koymak

İlk olarak, bu seansların amacı, aile hayatının odak noktası haline gelmesine izin vermeden, depresyonun semptomlarıyla yaşamaya başlamaktır. Yetişkin hastalar için, bu amacın gerçekleşmesi, klinik uzmanının, aile üyelerine ev işleri ve çocuk bakımı sorumluluklarının geçici dağıtımı yönünde yardımcı olmasını gerektirir. Çocuk ya da ergen hastalarda ise bu amaç, ailenin onları serbest bırakmak için, günlük yaşam sorumlulukları üzerindeki gereksiz tüm müdahalelerden kaçınmasına yardımcı olmak anlamına gelir.

Depresyon hâlâ akut nitelikteyse, aile etkileşimi genellikle, depresyonlu kişiye özel ihtiyaç ve hassasiyetleri hususunda geçici destek sağlamak için, olağan olmayabilen yollarla değiştirilmeyi gerektirecektir. Örneğin, bir aile ferdi düşük enerji ve hareketsizlikle mücadele ettiğinde, aile içi sorumluluklarının bazılarını hafifletmek gerekli ve yararlı olabilir. Klinik uzmanları, diğer aile fertlerini ya da uzak tanıdıkları da içeren bir başlangıç planı oluşturmak için aile toplantılarını kullanabilir. Aşamanın bu ilk safhasında, hastaya güvenmek

başlangıçta mümkün olmayabileceği için, hastayı harekete geçirmek genellikle aile üyelerine düşmektedir. Terapinin bu bölümünün işlevi, aile üyelerine, aşırı müdahaleci ve koruyucu olmadan ve kendi enerjileriyle mücadele güçlerini yitirmeden hastaya destek olmalarında yardımcı olmaktır.

Bu konunun açıkça konuşulup görüşülmesi, bazen, aile üyeleri sağlayabilecekleri bakım miktarına bazı sınırlamalar getirmelerini öğrendiklerinden, hastaların da daha az tepki vermesini sağlar. Aile üyelerinin asıl rollerini mümkün olduğunca çabuk geri üstlenip devam etmesini teşvik etmek için bu tarz anlaşmaların geçici nitelikte olduğunun vurgulanması önemlidir. Bu vurgulama, aile üyelerine, tünelin sonunda ışık olduğunu temin ederken depresyonlu kişiye de kalıcı bir rahatsızlıkla değil, geçici bir problemle karşı karşıya olduğunu netleştirir. Ayrıca, gurur incinmelerinin önüne geçmek için, hastayken bile depresyonlu kişinin yapacağı ve önereceği bir şeyler olduğu duygusunu pekiştirmeye devam etmek önemlidir.

İlgili Sorunlar

Depresyonun şiddeti azaldıkça, aile seanslarının içeriğinin odağı, genel aile sorunlarına, özellikle de daha fazla sıkıntıya neden olan ya da depresif vakaları tetikleyenlere doğru yön değiştirebilir. Depresyonun varlığı, ailenin ya da aile fertlerinin başka problemlerinin olmayacağının bir garantisi değildir.

İnsanların benzer psikiyatrik rahatsızlıklardaki eşleri seçme eğilimleri olan "Ruh ikizi eşleşmesi" olayı, birden fazla aile üyesinin ruh sağlığı ya da madde bağımlılığı kullanımına karşı zayıf olmasını daha mümkün kılar. Durum böyle olduğunda, klinik uzmanı ve aile, risk ve tecrübe edilen acıya dayalı tedavinin önceliklerini belirlemek için görüşmelidir. Muhakkak ki, bir kadının alkolizmi, eşinin depresyonunu ve eşiyle çocuklarına yardımcı olma becerisini etkiler. Bir çocuğun

kronik tıbbi hastalığı, ailenin mücadele gücünü tüketmiş olabilir ve depresif bir krizle savaşmalarını zorlaştırabilir. Her problemin bir diğerine katkıda bulunması mümkündür ve bu problemler, ailenin tümü üzerinde yarattıkları etkiye dayanarak değerlendirilmeyi gerektirebilir.

Bağımsız ve ilgili sorunların ortaya çıkışı, her zaman, ailenin onlar üstünde uğraşmaya istekli olduğu anlamına gelmez. Aile üyeleri, klinik uzmanının öncelik sırasına koymak için eklemeler ve açıklamalar yaparak yardımcı olduğu ortam içerisinde endişelerini masaya koymak için cesaretlendirilebilir. Nihai karar aileye kalmıştır. Bu işlem, devam edecek seansların odağı olacak tedavi sözleşmesinin hedeflerini saptamada temel olur. En önemli kural; zaten stresli olan sistemi alt üst etmemek için, verilen herhangi bir zamanda gündemin maddelerini sınırlamaktır. Ailelerin bu etkileşim şekillerini değiştirmek genellikle zor bir iştir çünkü ailenin yürüttüğü sistemin esas parçalarıdır.

Evlilik Sorunları

Aile çalışmasının bu aşamadaki iki çok yaygın odak noktası; (1) eşler arasındaki güç ve mahremiyet dengesi ve (2) özgürlüğü depresyon yüzünden engellenmiş ergenlerin ya da gençlerin artan özerkliğidir.

Depresyon kadınlarda daha yaygındır ve çoğunlukla evlilik ilişkilerini etkisi altına alır. Bir kadının, eşiyle, ilişkilerinde karşılanmasını beklediği ihtiyaçları hakkında konuşma becerisini etkiler ve hatta bu ihtiyaçlarının son derece normal olduğunu düşünmesine yol açar. Depresyonlu bir kadın, gurur incinmelerine ve evliliklerindeki varlığından ödün vermeye eğilimlidir. Başkalarının ihtiyaçlarıyla haddinden fazla meşgul olduğunda, kim olduğunu unutmaya yönelik negatif duygularından kaçınmış olur. Böylece, tedaviye geldiğinde, eşinin

tercihlerine karşı, ki daha az tatminkar bulduğu, bir savunma mekanizması geliştirir ve beraberinde, depresyona karşı olan zayıflığına çaresizlik duygusunu da eklemiş olur.

Bu konu üstünde çalışmak, başlangıçta, evliliği daha problemli yapabilir; çünkü eşi, karısının depresyondan kurtulduğunu görmeye istekli olsa da, onun kızgınlıklarına, daha fazla güç ve mahremiyet arzusuna ve ilişkilerinde artmakta olan olumsuzluklara karşı hazırlıklı olmayabilir. Fakat bunun dışında, karısının, kendisine yönelik gerçekdışı olumsuz bakışıyla ve onunla iletişimini azaltan ve hatta iletişim kurmaktan kaçınan aile ilişkileriyle başa çıkmayı öğrenmiş olabilir. Bu nedenle göreviniz, sadece, depresyonlu kadına ihtiyaçlarını ifade etmesinde yardımcı olmak değil, aynı zamanda eşine de, her şeye yeni baştan başlamayı öğrenmesinde yardımcı olmaktır.

Bu aşamadaki aile ya da evlilik terapisi, iletişimi tekrar kurmada, depresyonlu kadının ihtiyaçlarını rahatça ifade etmesinde ve eşinin güç/mahremiyet dengesindeki değişikliğe alışmasında yardımcı olabilir. Ayrıca, karısından fazlasını beklemeye ve üstlendiği aşırı sorumluluklardan, kurtulmaya başlamasında da yardım edebilir. Bunun karşılığında, karısının sorumluluk ve hakimiyet duygusu da artmalıdır.

Evlilik seanslarında, tarafları, birbirlerinin tahammül edebileceğinden daha fazla mahremiyet oluşturmaları hususunda zorlamamak önemlidir. Çoğunlukla çiftler bu fırsatı, evliliklerini mükemmel hale getirmek ve gündemlerindeki tüm eski sorunları ortadan kaldırmak için kullanmaları gerektiğini düşünürler. Birçok eş, sadece depresyonlu olanlar değil, artan mahremiyetin nelere yol açabileceğinin hesabını yapmadan, daha fazlasını istemesi gerektiğini düşünür. Klinik uzmanları eşlere, bu mevzulara dikkatlice girmeleri ve kendilerini ya da birbirlerini suçlamaktan kaçınmaları için yardımcı olmalıdır. Temelden çatlak ya da orta derecede hasarlı ilişkilerdeki so-

runlar, bu tarz kısa bir tedavi yöntemiyle ele alınabilir. Ayrıca, eğer çok sınırlı hedefler üzerine konuşmakta dikkatliyseniz, daha kötü durumdaki ilişkileri düzeltmeniz de mümkün olabilir. Buradaki önemli faktör, zamanın miktarı ve son yaşanan krizin öncesinde, evlilikten duyulan memnuniyettir. Şiddetli depresyon etkisinin de dahil olduğu her türlü can sıkıcı olayın yaratacağı etkiden önce, güzel anılardan oluşan bir bağ kurmak için yeterli zaman olduğunda, evlilik ilişkilerine olan bağlılığın artması daha olasıdır.

Ergenler

Tedavinin bu aşamasındaki depresyonlu ergenlerin aile sorunları bir bakıma daha farklıdır. Ergenlik, gençlerin daha özgür ve deneyim sahibi olmaya yöneldiğinde ortaya çıkan çatışmanın hüküm sürdüğü ve her ailenin hayatında görülen bir dönemdir. Bu ergenlerin depresyonu, anne-babaları daha anlayışlı bir hale getirir. Ergenlerin, depresif durumlarda baskıcı ve iyileştikleri anda da tahammül edilmez buldukları şekilde korumacı olurlar.

Aile seansları, ergenlere, ebeveynlerinin ılımlı düzeye getirilmiş ilgisi çerçevesinde makul ve artan miktarda bağımsızlık ve mahremiyet üzerine görüşüp anlaşmalarında yardımcı olmak için donanımlı hale getirilebilir. Gittikçe artan esneklikteki bir dizi aile kuralını yeniden ele almak, kişisel gizliliğin artmasını sağlar ve gençlerin çoğalan hakları, daha etkili işlere yer açmaya başlayabilir. Hâlâ, çok sorunlu ergenlerin ebeveynleri, intiharın bir risk unsuru olmadığından ya da ergenin kendine zarar verici diğer eylemlerde bulunmadığından emin olmanın yollarını bulmaya çalışmaktadır.

Anne-babalar, normal ergen hal ve tavırlarıyla, şiddetli depresyon belirtilerini ayırt etmeyi öğrenmede yardıma ihtiyaç duyabilirler. Bazen, ergenden, daha fazla yardım ve des-

tek ihtiyacı duyduğunu belirten işaretler almak, ebeveynleri, çocukları üzerinde koydukları kısıtlamalardan bazılarını kaldırmaları yönünde yeterli teminat olabilir. Örneğin:

MELINDA

16 yaşındaki Melinda, intihar teşebbüsünün ardından hastaneden taburcu edildikten sonra, anne-babası, onun psikolojisi ve davranışları hakkında daha anlaşılır şekilde dikkatli olmaya başladı. Gösterdikleri ilgi, Melinda için gittikçe daha tahammül edilmez bir hale geliyor ve hırçın, çekingen biri oluyordu. Bu hali, tabii ki, onları sadece daha endişeli ve müdahaleci yapıyordu. Melinda, anne-babasının, onun kişisel gizlilik ve bağımsızlık ihtiyacına saygı duymadığını, onlar ise, kızlarının güvenilmez olduğunu düşünüyordu. Aile seansları, her iki tarafa da, karşısındakinin ihtiyaçlarını anlamak ve beraber yaşayabilecekleri bir anlaşma yapmak için yardımcı olmaya odaklandı. Melinda, odasında yalnız kalmasına ve haftasonunda gece 11'e kadar dışarda kalmasına izin verilmesi karşılığında anne-babasına her türlü önemli sorununu anlatmayı kabul etti. Onlar da, bu anlaşmayı ayda bir gözden geçirmeyi ve ortada herhangi bir okul problemi ya da depresyon belirtisi yoksa kızlarına daha fazla özgürlük tanımayı düşüneceklerini onayladılar.

Depresyonlu ergenlerle ya da yetişkinlerle yapılan bu seansların hepsinde, hem depresyonlu kişide hem de ailede hakimiyet duygusunu kuvvetlendirme teması oldukça önemlidir.



Sonuç olarak, depresyon ortadan kalktıkça, hasta ve aile üyelerine, birbirlerinden bekledikleri artan beklentilerini değiştirmede yardımcı olunmalıdır. Çok sıklıkla, uzun süreli problemler depresyona mâledilir ve bunun sonucunda herkes, hastalık iyileşir iyileşmez, yaşamının tüm bu kargaşadan kurtu-

lup, rahatlayacağını umar. Problemler, aile hayatının bir parçasıdır ve depresyondan önce ortaya çıkanlar, depresyon geçtikten sonra da hiç şüphesiz devam edecektir. Herkese, aile hayatının olağan değişikliklerini hatırlatmak, gerçekdışı beklentileri ve moral bozucu sonuçlarını önlemede yardımcı olabilir.

IV. AŞAMA: AŞAMALI SONUÇ

Bu yöntem, süre sınırlıdır. İlk sözleşme genellikle, depresyonun geçmesindeki yavaşlığa ve tekrarlama olasılığına rağmen sadece birkaç seansı kapsar. Bu yüzden, kademeli derecede azalan sıklıktaki seansları, sık görüşmelerden aylık ve sonunda da üç aylık ve yıllık kontrollere dönüştürmek tavsiye edilir.

Aileleri, tedavinin kısa bir içeriğiyle bilgilendirip rahatlatmak için klinik uzmanlar, hem hastanın hem de ailenin depresif semptomlar hakkında ne bilecekleri, onları nasıl fark edecekleri ve hastalığın başlangıcında nasıl yardım alacakları üstünde durabilir. Depresyonun erken uyarı işaretleri hakkındaki bilgiler de paylaşılabilir. Bu, aile üyelerinin semptomlar iyice patlak vermeden ve çoğalmadan yardım almalarını sağlayacaktır. Ayrıca, ailelelere, stres azaltıcı teknikleri öğretmede ve tıbbi tedavi hizmetinin yararlarını kanıtlamada da yardımcı olacaktır.

Son olarak, onlara açık bir kapı bırakacağınızı ve gerektiğinde size geri dönmelerine olanak tanıdığınızı belirtmek de öneriler arasındadır. Tüm aile üyelerine, endişeli ve semptomatik oldukları zaman sizinle tekrar irtibata geçmeleri için izin ve cesaret vermek seansların bitişini daha az üzücü hale getirmek için işe yarayacaktır. Önerilen yöntem, hastaların ihtiyaç duyulan tüm hizmetleri kullanabildiği birinci basamak sağlık hizmetinde kullanılanın bir benzeridir.

☆ ☆ ☆

Yaklaşımımızı, psikoeğitim yapısının, depresyonlu hastalar ile ailelerinin klinik deneyimlerinin ve depresyon ile aileler hakkındaki diğer çalışmalardan edindiklerimizin temelinde oluşturduk. Gördük ki, hastalar ve aileler pozitif yönde yanıt veriyorlar. Özellikle, bu müdahalenin, aile üyeleri üzerindeki stresi azalttığı ve yaşamlarını idare etme, onunla etkin şekilde başa çıkma becerilerini artırdığı görülmektedir.

Buna rağmen, hiçbir araştırma sonucu, bu yöntemin etkililiğini kanıtlamıyor. Duygusal rahatsızlıktaki bu hastalar için çalışmanın etkisini değerlendirmeye yönelik bazı girişimlerde bulunduk; fakat bu grup için kontrollü klinik denemeler daha yeni gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Bu tarz çalışmalar mümkün olana kadar, bu yöntemin en azından hiçbir zararı olmadığına inanıyoruz. Bunun yanı sıra, aile düzeni prensiplerinin farkındalığını birleştirir, suçluluk-verici müdahalelerden kaçınır, aile üyelerini yetkilendirmeye çalışır ve hastanın işlevselliğini mümkün olduğunca çabuk onarır. Bu müdahalenin tedavi usul ve araçlarınızın tümünün önemli bir parçası haline gelebileceğini düşünüyoruz; çünkü kullanmak için gayet kolay ve yoğun emek gerektirmeyip, süre sınırlı olduğundan da hizmet yönetimi alanında gayet iyi işe yarayacaktır.

NOTLAR

S. 22, *Örneğin kısa bir telefon görüşmesi:* Coyne, J. (1976). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, 85, 186-193; Coyne, J., Kessler, R. C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. B., & Gre-den,J. F. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 347-352; Hinchcliffe, M., Hooper, D., Roberts, F. J., & Pamela, W. V. (1975). A study of the interaction between depressed patients and their spouses. *British Journal of Psychiatry*, 126, 164-172.

S. 23, *Başa çıkmak özellikle zor olabilir:* Birtchnell, J., & Kennard.J. (1983). Does marital maladjustment lead to mental illness? *Social*

Psychiatry, 18, 79-88.

S. 25. *Genellikle sorumlu hissederler:* Beardslee, W. R., Bemporad, J., Keller, M. B., & Klerman, G. L. (1983). Children of parents with major affective disorder: A review. *American Journal of Psychiatry*, 140. 825-832; Orvaschel, H. (1983). Maternal depression and child dysfunction: Children at risk. In B. Lahey & A. Kazdin (Eds.), *Advances in clinical child psychology* (Vol. 6, pp. 45 SI). New York: Academic Press; VVidmer, k. 15., Cadoret, K.J., & North, C. S. (1980). Depression in family practice: Some effects on spouses and children. *Journal of Family Practice*, 10, 45 51.

S. 26, *Hatta tipik bir depresyon rahatsızlığı ortadan kalksa bile:* Bothwell, S., & Weissman, M. (1977). Social impairments four years after an acute depressive episode. *Amerikan Journal of Orthopsychiatry*, 47(2), 231-237; VVeissman, M. (1972, September). The depressed woman: Recent research. Social Work, pp. 19-25; Weissman, M.,& Paykel, E. J. (l974). *The depressed-woman: A study of social relationships*. Chicago: University of Chicago Press.

S. 30, *Şizofreni için geliştirilmiş*: Anderson, C. M., Reiss, D.J., & Hogarty, G. E. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490-505; Anderson, C. M., Reiss, D. J., & Hogarty, G. E.. (1986). *Schizophrenia and the family*. New York: Guilford Press; Haas, G. L., & Clarkin, J. F. (1988). Affective disorders and the family context. In J. F. Clarkin, G. L. Haas, & I. D. Glick, *Affective disorders and the family: Assessment and treatment* (pp. 3-28). New York: Guilford Press.

S. 30, *Her ne kadar bu modelin varyasyonları*: Anderson, C. M., Griffin, S., Rossi, A., Pagonis, I., Holder, D. P., & Treiber, R. (1986). A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affec-tive disorders. *Family Process*, 25, 185-206; Daley, D. C., Bowler, K., & Caha-lane, H. (1992). Approaches to patient and family education with affective disorders. *Patient Education and Counseling*, 19, 163-174; Holder, D. P., & Anderson, C. M.(1990). Psychoeducational family interventions for depressed patients and their families. In G. Keitner (Ed.), *Depression and families*: Impact and treatment (pp. 159-184). Washington DC: APA Press.

S. 30, *İlk olarak, psikoeğitsel yöntem:* Bromet, E. J., Ed, V., & May, S. (1984). Family environments of depressed outpatients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 197-200; Brown, G. W., Harris, T., & Copeland,

J. R. (1972). Depression and loss. *British Journal of Psychiatry*, 130, 1-18; Vaughn, C. E., & Leff J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.

S. 30, *Üçüncü olarak, psikoeğitim modeli*: Hoolcy, J. M., Orley, J., & Teasdale, J. D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry*, 148, 642-647; Paykel, E. S., Myers, J. K., Dienelt, M. N., Klerman, G. L., Lindenthal, J. J., & Pepper, M. P. (1969). Life events and depression: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 21, 753 760.

S. 32, *Eğer hasta akut depresyondaysa*: McNabb, R. (1983). Family function and depression. *Journal of Family Practice*, 16 (I), 169-170.

S. 43, *Örneğin prepubertal çocuklar*: Ryan, N., & Puig-Antich, J. (1986). Affective illness in adolescence. In A. J. Francis & R. E. Hales, *Psychiatry Update: American Psychiatric Association Review*, (p. 5). Washington DC.: American Psychiatric Press.

S. 48, *"Ruh ikizi eşleşmesi"*: Merikangas, K. R., Bromnet, E. J., & Spiker, D. G. (1983). Assort ive mating, social adjustment, and course of illness in primary affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 40, 795-800.

S. 49, *Depresyonlu bir kadın gurur incinmelerine eğilimlidir:* Crowley-Jack, D. (1991). *Silencing the self: Women and depression*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

S. 54, *Etkililiğini kanıtlamıyor*: Frank, E., & Kupfer, D. J. (1992). Does a placebo tablet effect psychotherapeutic treatment outcome? Results from the Pittsburgh Study of Maintenance Therapies in Recurrent Depression. *Psychotherapy Research*, 2, 102-111.

S. 54, *Bazı girişimlerde bulunduk*: Anderson, C. M., Griffin, S., Rossi, A., Pagonis, I., Holder, D. P., & Treiber, R. (1986). A comparative study of the impact of education vs. process groups for families of patients with affec-tive disorders. *Family Process*, 25, 185-206; Jacob, M., Frank, K., kupler, D., Cornes, C., & Carpenter, L. (1987). A psychoeducational workshop for depressed patients, family, and friends: Description and evaluation. *Hospital and Community Psychiatry*, 38, 968-972.

II. BÖLÜM

BİLİŞSEL DAVRANIŞSAL TERAPİ

Michael E. Thase

Bilişsel Davranışsal Terapi (BDT) depresyon için en yaygın kullanılan psikoterapi şeklidir. Bilişsel Terapi olarak da adlandırılan BDT, geçtiğimiz otuz yıl boyunca, Aaron T. Beck ve meslektaşlarının çalışmasının bir sonucu olarak gelişmiştir. BDT ayrıca Albert Kills, Charles Ferster ve Joseph Wolpe'un yeni ufuklar açan yazılarından da yararlanmaktadır. Bu bölümde, ilk olarak, BDT'nin temel prensiplerinden ve depresif psikopatolojinin benzer modelinden bahsediyorum. Ardından, terapide sıklıkla kullanılan ve problemli alanları aydınlatan yöntemleri açıklıyorum. Daha sonra, BDT'nin neticesini inceleyen çalışmaların sonuçlarını kısaca gözden geçirip, son olarak da, sağlık yönetiminin, BDT uygulamasındaki etkisini gündeme getiriyorum.

BDT'NİN TEMEL İLKELERİ

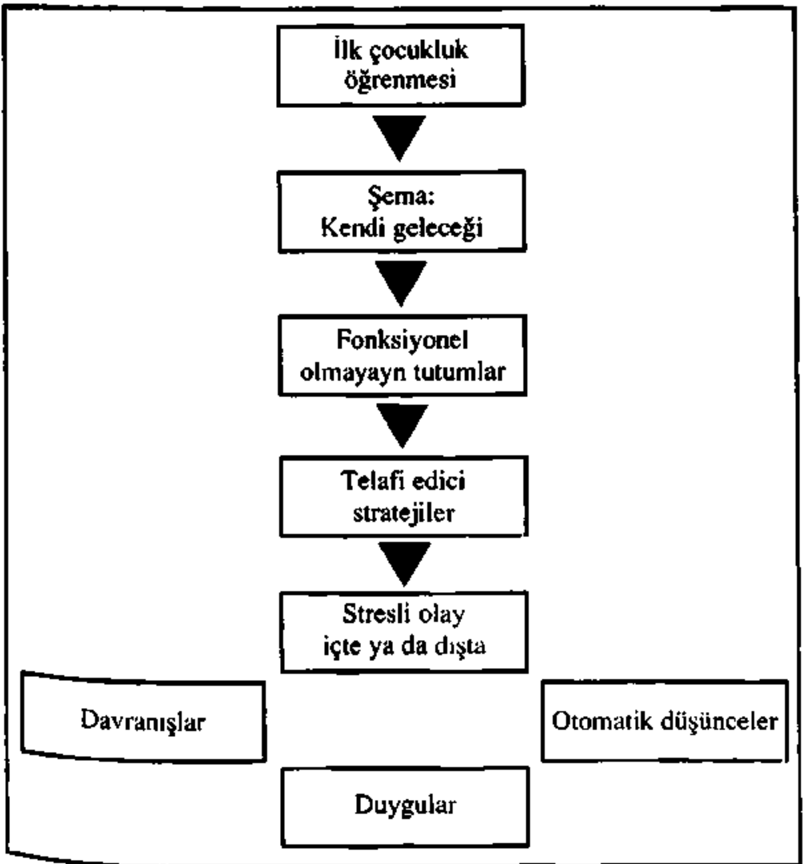
BDT (Bilişsel Davranışsal Terapi) yapısal, süre sınırlı, normalde 3-6 aylık periyodda gerçekleştirilen bir psikoterapi modelidir. BDT, düşünce süreçleri, düşünce içeriği, kasıtlı davranışlar ile ruhsal sıkıntıların (Bkz. Şekil 2.1) arasındaki işlevsel

ilişkileri anlamanın ve hastalara depresyonla baş etmede kullanacakları daha etkili yolları öğrenmelerinde yardımcı olmanın etrafında odaklanır. Terapi ilerledikçe, potansiyel zayıflık alanları araştırılır, tanımlanır, konuşulur ve sona gelmeden önce, nüksetmeyi önleyici teknikler uygulanır. BDT, ya grup ya da bireysel terapi olarak sunulur ve BDT'nin yakın zamanda geliştirilmiş modellerini bir araya getirir. Terapi, en iyi, az ya da orta şiddetteki çift kutuplu ve psikozlu olmayan depresyon türü içindeki kişiler için uygundur. Terapinin normal seyri sekiz seanstan yirmi seansa kadar uzayabilir.

Birkaç özellik, BDT'yi hem psikoterapinin iç anlayışa yönelik geleneksel modellerinden hem de diğer kişiler arası psikoterapi gibi süre sınırlaması olmayan terapilerden ayırır. Belki de en önemlisi, BDT terapistinin durum tespitlerinin ve müdahalelerinin doğrudan, depresyonun bilişsel ve davranışsal kavramsallaştırmalarından çıkmasıdır. İkinci olarak, BDT seansları belli bir düzen ya da planı takip eder. (Bkz. Tablo 2.1) Üçüncü olarak, ev ödevlerinin düzenli kullanımında olduğu gibi, BDT de, hastaların depresif semptomlarla ve diğer zorluklarla baş etmek için kullanabilecekleri yöntemlere adım adım bir girişin üstünde durur. Dördüncü olarak, terapist "ortak görüş" olarak bilinen etkileşim şeklini kullanır. Sözde asıl terapötik nitelikleri (gerçeklik, doğru empati ve saygı) sağlamanın ötesinde, terapist, problemlerin incelendiği, alternatif açıklamaların yapıldığı ve yararlarını ölçmek için yeni yaklaşımların denendiği bir ittifak geliştirir. Terapiye yöneltilen deneysel yaklaşım, ayrıca, problem listelerinin ve gelişimi izleyen değerlendirme ölçeklerinin düzenli kullanımına da yansıtılır. Kişiler arası Psikoterapide olduğu gibi, bilişsel terapistler de hastalara depresyon hakkında daha fazla bilgi ve tedaviden ne beklenebileceğine dair daha gerçekçi bir anlayış edinmelerine yardımcı olan psikoeğitsel stratejiyi büyük oranda kullanabilir.

Depresyonun Bilişsel Modeli

Psikopatolojinin bilişsel modeli, duygusal rahatsızlıkların çıkışındaki ve bakımındaki düşünce içeriği ile düşünce sürecinin karışıklıklarının rolü üzerinde odaklanır. İlk olarak, düşünce içeriğinin anormalliklerinden bahsedeceğim. Depresyonlu kişilerin düşünce içeriği, kendileri, dünya ve gelecek (Beck'in bilişsel üçlüsü) hakkındaki itiraz edici, kötümser ya da endişeli



Şekil 2.1
Psikopatolojinin Bilişsel Modeli

Tablo 2.1
Bilişsel Davranışsal Terapi Seanslarının Yapısı

I. Gündemi oluşturmak
II. Ruh hali kontrolü
III. Son seansın özeti
IV. Bugünkü gündemin maddeleri
V. Ev ödevi verme
VI. Seansın özeti
VII. Hastadan alınan geri denetim

düşüncelerindeki önemli artışla nitelendirilir. Çalışmalar, artan sıklıktaki negatif düşüncelerin, umutsuz, intihar eğilimli ya da saplantılı şekilde tanımlanan depresyonlu kişilerin yüzde 80, 90 ve hatta daha büyük oranda, negatif duygu ve düşünce yaşayabileceği depresif şiddetle birleştiğini belgelemektedir. Bu tip depresif düşünce kargaşası ayrıca olumsuzca çınlayan hayalleri, anıları ve rüyaları hatırlamayı da içine alır.

Depresyonla alakalı belli bir biliş türü *otomatik negatif düşünceler* (OND'ler) olarak adlandırılır. OND'ler duygusal sıkıntı anlarında aklın büyük çoğunluğunu işgal eden spontane, denetim altına alınamayan düşünceler ya da imgelerdir. Depresif OND'ler "Güçsüzüm," "Bu hep bana oluyor," ve "Değersiz olduğumu düşünüyor," (pozitif yönlü benzer bir düşünme şekli de manide açıkça görülür) gibi düşünceleri içerir. Daha sonra açıklanacağı gibi, OND'lerde açığa çıkan karakteristik bozukluk ya da mantıksal sapmaların, bilgi işlemdeki duruma bağlı değişikliklerden doğdukları ileri sürülmektedir.

Akut depresyon vakalarında, özellikle de stresli yaşam olaylarıyla ortaya çıkanlarda, OND'ler tipik olarak, sevilebilirlik ya da yeterlik mevzularıyla alakalı daha temel endişeleri yansıtan oldukça geniş iki tematik alana ayrılır. Tema alanları, sırasıyla, *şema* olarak nitelendirilen daha derin (bilinçdışı) bir biliş düzeyini yansıtır. Piaget'nin kurgusunu kullanarak, şemalar, doğal yetenek, mizaç ve deneyimin etkileşimiyle şekillenmiş "sessiz" yol gösterici ilkeler tarafından gelişim-

Tablo 2.2
Depresyondaki ve Kaygı Rahatsızlıklarındaki Yaygın Fonksiyonel Olmayan Tutumlar

Mutlu olmak için, herkes tarafından her zaman kabul görmeliyim.

Eğer bir hata yaparsam, bu beceriksiz olduğumu gösterir.

Sensiz yaşayamam.

Eğer birisi benimle aynı fikirde olmazsa, bu, o kişinin beni sevmediğini gösterir.

İnsan olarak değerim başkalarının hakkımda ne düşündüğüne bağlıdır.

Ne pahasına olursa olsun mahçup olmamalıyım.

Eğer duygularımın kontrolünü kaybedersem, delirebilirim.

İçimdeki zayıflığı her durumda başkalarından gizlemeliyim.

Kaynak: Beck'ten Uyarlanmıştır, 1976.

sel şekilde etkilenirler. Akut depresyonda, depresyonik şemaların farkedilmesi daha kolaydır çünkü bunlar ilgili bir stres yapıcı tarafından aktif hale getirilmiştir. Kronik depresyonda, OND'lerin sürekli artan seviyeleri, bu temel endişelerin devam eden belirginliğini gösterir.

Üçüncü ve daha orta seviyeli biliş çeşidi *tutumlar ve inançlar* olarak nitelendirilir. (Bkz. Tablo 2.2) Bu bilişler, ilgili şemalara bağlı olan davranış ve beklentilerin daha spesifik kurallarını temin eder. Her ne kadar klinik uzmanlarının belirli durumlarda sergiledikleri gerçek davranışları, kendi tutumlarıyla, fark ettiklerinden daha az tutarlı olabilse de, yine de, kendilerine, geleceğe ve dünyanın geneline yönelik tutumlarında kişisel güven verirler. Depresyon eğilimli insanların çoğunlukla daha sert, talepkar, ya da gerçek dışı inançları ve beklentileri vardır. Örneğin, yeterlilik hakkındaki temel şüpheleri telafi etmek için mükemmelliyetçi tutumlar geliştirile-

bilir. Bu uyumsuz bilişler *fonksiyonel olmayan tutumlar* olarak nitelendirilir ve Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği adlı kendini değerlendirme envantörü ile ölçülebilir.

Fonksiyonel olmayan tutumlar en çok kronik depresyonlu hastalarla alakalı olabilir. Buna rağmen, depresyonlu olma deneyimi de, etkili tedaviyle normale dönen fonksiyonel olmayan tutumlarda durum-bağımlı bir artışa neden olacaktır. OND'lerde olduğu gibi, fonksiyonel olmayan tutumlar, sırayla depresyonik şemalara işaret eden temalara göre kaydedilebilir ve düzenlenebilir. Başka bir örnek vermek gerekirse, duygusal ilişki kurmadaki bağımlı tutumlar (örneğin, "Mutlu olmak için biriyle ilişkide olmalıyım") sevilebilirlik alanında problematik bir şema öne sürecektir.

Yükleme biçimi, kağıt-kalem testinden (Yükleme Biçimi Anketi) çıkarılabilecek daha orta düzeyli bilişsel yapıyı temsil eder. Yükleme biçimi, depresyonun yeniden biçimlenmiş öğrenilmiş çaresizlik modelinden doğar ve insanlara, üç temel boyuttaki olaylara nedensellik yüklemesine yönelik eğilime dayanır: dışsallığa karşı içsellik, küreselliğe karşı özgüllük, ve sürekliliğe karşı geçicilik. Çalışmaların büyük çoğunluğu, depresyon eğilimli kişilerin, olayları, içsel, küresel ve kalıcı faktörlere yüklemelerinin çok daha fazla olası olduğunu gösteriyor. Örneğin, işteki bir başarısızlık kırılgan bir kişi tarafından, kişisel yetersizliğinden kaynaklanmış bir durum olarak kabul edilebilir ve olay, çaresi bulunamaz çok geniş anlamları (örneğin, geçmişteki ve gelecekteki yenilgileri) içeriyormuş gibi algılanabilir.

Bilişsel Bozukluklar ve Bilgi-İşlem Anormallikleri

Depresyon, tıpkı diğer duygusal tahriklerin durumunda olduğu gibi, bilgi-işlemde karakteristik değişiklikler ortaya çıkarır. Bazı araştırmacılar bu değişikliklerin hızlı ve kararlı hareket

gerektiren, yaşamı tehdit edici durumlar esnasında gerçekten de uyum sağlayabilir bir hal aldığını ileri sürmüştür. Her ne kadar bu tarz değişikliklerin yaşamı sürdürme önemi spekülatif olsa da, hakim olan etkiyi pekiştirmek ve netleştirmek için bilgi akışını şekillendirdikleri görülmektedir. Böylece anksiyete, tehdit edici işaretlerin farkındalığını ve uyanıklılığını artırır. Oysa ki, öfke, savunmacı ya da saldırgan tepkilerin çıkma olasılığında bir artışa neden olur. Genellikle üzüntü ve özellikle de depresyon, bilgi-işlemde, kayıpların ya da kısıtlamaların aşırı tahminini, kişinin kendi güç ve kaynaklarını azımsamasını ve olumsuz deneyimleri artan oranda hatırlamayı da içeren çok sayıda değişikliğe yol açar. Kişisel mantıktaki ve bilgi-işlemdeki bu tarz hataların bir listesi Tablo 2.3'te gösterilmiştir.

Tablo 2.3
Bunalım ve Depresyonda Mantıksız Düşünmenin Yaygın Örnekleri

1. *Duygusal Sebepler*: Sonuç ya da çıkarsama "*Böyle hissediyorum, bü yüzden ben buyum*" gibi duygusal bir duruma dayanır.
2. *Aşırı Genelleme*: Geniş kapsamlı çıkarımlarla haksız bir sonuca varmak için kanıtlar, bir deneyimden ya da küçük bir deneyim topluluğundan alınır.
3. *Felaket Düşüncesi*: Negatif bir olayın ya da deneyimin etkisinin aşırı oranlarda abartıldığı aşırı genellemenin en büyük örneği; örneğin, "Eğer panik atağım olursa, *tüm* kontrolümü kaybedeceğim ve delireceğim (ya da öleceğim)."
4. *Ya Hep ya Hiç (Siyah ya da Beyaz; Mutlakiyetçilik) Düşüncesi*: Karmaşık ya da aralıksız sonuçların kutuplaşmış aşırılıklara gereksiz bölünmesi; örneğin, "Ya bunda başarılı olurum ya da tamamen başarısız."
5. *-Meli -malı lar*: Kişinin kendisi için katı standartlar koyan ya da dış olaylar üzerinde gerçekdışı düzeyde bir kontrol yansıtan emir cümleleri.

Tablo 2.3 *devam*
Bunalım ve Depresyonda Mantıksız Düşünmenin Yaygın Örnekleri

6. *Negatif Tahminler*: Yeni bir durumdaki başarısızlığı vaktinden önce ya da yersiz şekilde tahmin etmek için kötümserliğin ya da önceki başarısızlık deneyimlerinin kullanılması.
7. *Zihin Okuma*: Düşünceler, niyetler ya da bir başka kişinin güdüleri hakkındaki olumsuzca nitelenmiş çıkarımlar.
8. *Etiketleme*: Bir kişi ya da olayın hoş olmayan bir özelliğinin bu kişi ya da olayla bütünleştirilmesi; örneğin, "Balet olmak için seçilemediğimden, başarısız biriyim."
9. *Kişiselleştirme*: Bir olay, durum ya da davranışı, kişinin kendi negatif yönünün kişisel ya da bariz bir göstergesi olarak yorumlamak.
10. *Seçici Negatif Odak*: Daha tarafsız ya da pozitif olan bilgiyi saptayıp hatırlamaktan ziyade, hoş olmayan ya da olumsuz olaylara, anılara ve imalara odaklanılır. Nitekim, pozitif bilgi, ilgisiz, değişik, önemsiz olarak göz ardı ya da diskalifiye edilebilir.
11. *Bilişsel Kaçınma*: Tatsız düşünceler, duygular ya da olaylar karşı konulamaz ve/veya başa çıkılamaz olarak yanlış anlaşılabilir ve aktif şekilde bastırılıp kaçınılabilirler.
12. *Bedensel (Yanlış) Odak*: İçsel uyarıcıları (örneğin, kalp atışı, yürek çarpıntısı, nefes darlığı, baş dönmesi, karıncalanma) bir felaketin (örneğin, kalp krizi, boğulma, bayılma) yaklaştığının *kesin* bir belirtisi olarak görmeye eğilimli olmak.

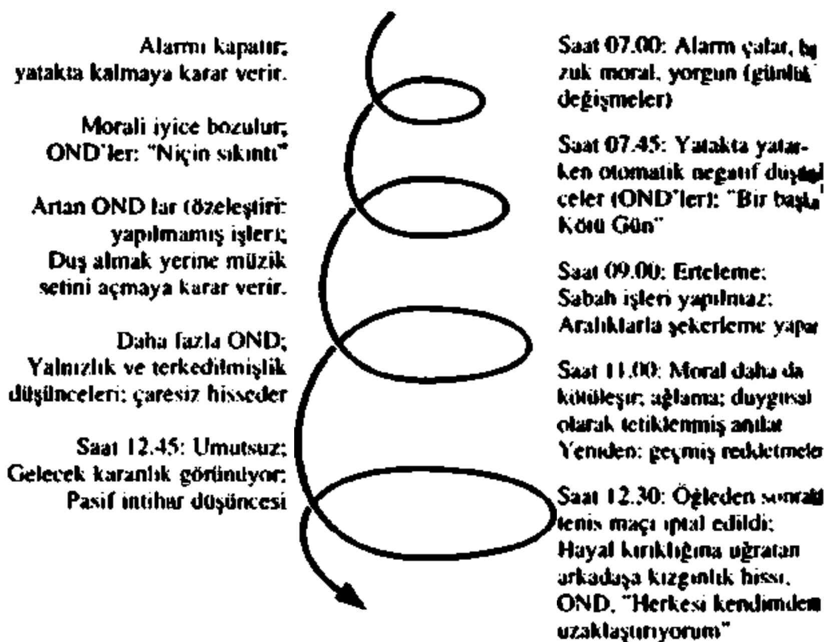
Kaynak: Beck, Rush, Shaw ve Emercy'den uyarlanmıştır, 1979.

Daha şiddetli depresyon vakaları ayrıca konsantrasyondaki, dikkat süresindeki ve soyut düşünce kullanma kapasitesindeki değişikliklerle de ilişkilidir. Bu nörobilişsel anormallikler, bazen, yaşlı hastalarda *depresif yalancı bunama* teriminin kullanımını garantileyecek kadar yeterli şiddette olmaktadır. Nörobilişsel anormallikler, terapi materyallerinin hatırlanma-

sını, anlaşılmasını ya da genelleştirilmesini etkileyerek, kişinin kapasitesini, öğrenme-tabanlı psikoterapilerden faydalanması için hasara uğratabilir. Bazı kanıtlar ana sinir sisteminin tahriklerindeki artışın ve hipotalamik-hipofiz-adrenokortikal aktivitenin (örneğin, yüksek plazma kortizol seviyeleri) sürekli artmasının depresyonun nörobilişsel anormalliklerini tetikleyebildiğini göstermektedir.

Depresyonun Davranışsal Modelleri

Depresyonlu insanların gözleme dayalı çalışmaları, geniş oranda davranış güçlüğü belgelemektedir. Neredeyse tüm dünyada, tatmin edici fiziksel etkinliklerde ve sosyal destekte azalmayla sonuçlanan, hedef-güdümlü davranışlarda bir düşüş gözlenmektedir. Şema 2.2, ruh halinin, davranışın ve bilişin karşılıklı etkileşiminden kaynaklanan bu "aşağı doğru sarmal"ı gösteriyor. Aynı zamanda, birçok depresyonlu kişi, erişebilecekleri etkinlik ve başarılara karşı kendine güvenlerinde azalma da yaşamaktadırlar. Bu tarz eksiklikler, negatif düşüncelerin artan sıklığının, ruh halinde daha büyük bir zarara sebep olabileceği kendini yalnız hissetme zamanlarını çoğaltabilir. Azalmış enerjiden ve/veya kendine güvenden doğan erteleme, süre bitimleri kaçırıldıkça hem subjektif hem de objektif stresi artırabilir ve iş baş edilemez bir seviyeye kadar birikebilir. Aile üyeleri bazen, çok fazla yardımcı olarak bağımlı ya da depresif davranışı istemeyerek de olsa pekiştirebilirler. Aksine, diğerleri de yaşamlarını, depresyonlu kişinin davranışlarını görmezden gelerek düzenlemeye başladığında, hastanın yalnızlığına katkıda bulunabilirler. Benzer olarak, sosyal desteğin diğer kaynakları, depresyonlu kişinin, dışarı çıkma davetlerini sıklıkla reddetmesi nedeniyle yavaşça tükenebilir ya da sürekli ağlama ve şikayetçi davranışlarının genel bıktırıcılığı yüzünden bastırılabilir.



Şema 2.2
Aşağı Doğru Sarmal: Etkinin, Davranışın ve Bilişin Şiddetli Depresyondaki Etkileşimi

Aynı zamanda, daha köklü ya da bağımsız yapılar da depresif zorluklara eğilimli olabilirler. Özellikle, "nevrotiklik" olarak nitelendirilen duygusal ve otonom tepkisellikteki artışa yönelik daha genel bir eğilim, depresyonun artan hızıyla ilişkilendirilmiştir. Benzer şekilde, depresyon eğilimli kişilerin toplum içinde kendini gösterme konusunda zorluk çekmesi ve/veya çatışma çözücü becerilerinin zayıf olması daha muhtemeldir. Böylece, mücadele yeteneği daha az olan kişilerin, tehdit edici bir stres yapıcıyla karşılaşmada yüksek ve bu zorluğu tatmin edici şekilde çözmede düşük olasılığının olduğu, potansiyel olarak bozuk bir pozitif geri denetim halkası kullanıma geçer.

BİLİŞSEL DAVRANIŞ TERAPİSİ SÜRECİ

BDT'nin yapısal, psikoeğitsel içeriği, terapi sürecini yavaş ilerleyen bir şekilde yürütmeye yardımcı olur. İlk seanslar öncelikle, problem listesinin hazırlanmasına, tam terapötik bir ittifak kurulmasına, terapi modeline alıştırılmaya ve terapinin yöntemlerinin ve yararlarının zorlukları bastırmadaki ispatına ayrılmıştır. Daha sonraki hedefte ise özellikle moral bozukluğuna ve umutsuzluğa karşı koymaya ağırlık verilmiştir.

Daha önce de bahsedildiği gibi, her seans, görevlerin ve/veya hedeflerin taslağını gösteren bir gündem oluşturmakla başlar. Gündemi oluşturmak, seansların gidişatını gözlemlemek, ilerleme hızını ya da zamanı idare etmek ve belirli görevler üzerinde odak oluşturmak terapistin sorumluluğudur. Yapısal olarak, BDT'nin her seansı, bir öğretmenin ders planına benzerlik gösterir. Gerçekten dahi bir özel öğretmen ya da yetenekli bir antrenör gibi, terapist de hastanın bahsetmek istemediklerine ve sınırlamalarına karşı hassastır. Bunun dışında, etkili bir BDT terapisti hastanın geri bildirimlerini büyük miktarda çalışmasına dahil eder.

İlk Seans

Gündemi oluşturmak hem terapistin hem de hastanın sorunlarını ve endişelerini harmanlayan ortak bir çabadır. İlk seansın ilk birkaç dakikasında, gündem kavramını, "Bu terapi şeklinde, gündemi ya da iş planını takip ettiğimiz taktirde, çalışmamız daha etkili oluyor" tarzında bir ifadeyle tanıtmak istiyorum. Günümüzde, bizim için işin ilk kuralı, açık olarak, sıkıntılarınızın içeriğini ve geçmişini konuşmaktır. Ayrıca, bir problem listesi hazırlamak ve bu terapi hakkında size bir miktar bilgi verme fırsatına da sahip olmak istiyorum. Öncesinde sizin sormak istediğiniz bir şey var mı? Bugünkü gündeme ek-

lenmesini istediğiniz başka herhangi bir şey aklınıza geliyor mu? Bu yaklaşım şeklinde, BDT'nin yönlendirici ve de işbirlikçi tarzı neredeyse anında ortaya çıkar.

Daha ifade içerikli, yapısal olmayan terapi deneyimli kişilerin, bazen, bu tarz bir yapıyı kabullenmede zorluk çektiklerini gördüm. Çoğunlukla, terapi görmek isteyen kişi, seansları, düşüncelerini belirtme aracı ya da rahatlama yeri olarak kullanmayı öğrenmiştir. Böylece, önceden terapi deneyimi olan kişiler genellikle sürenin büyük çoğunluğunu, endişeleri hakkında daha genel konuşarak geçirmeyi beklemeye alıştırılmışlardır. BDT terapisti, uzun monologları kibarca kesmeye ve depresyonlu kişiye, azarlandığını ya da eleştirildiğini hissettirmeden, gündemdeki maddelere geri dönmesinde yardımcı olmaya gereksinim duyabilir.

BDT terapistinin beklentilerdeki ve davranışlardaki tutarsızlıkların olasılığının ve bunların çalışma uyumunu nasıl etkileyebileceğinin farkına varması önemlidir. Bu tarz ilk uyuşmazlıklar, hastanın beden dilinde, yüz ifadesinde, ses tonunda ya da ilk ev ödevlerinin itaatsizliğinde açıkça görülebilir. Önceki terapinin "kötü" ya da "eski moda" olarak gösterilmemesi için terapistin olgun bir bakış açısının olması yararlıdır. Böylesi bir deneyim ayrıca, terapistin, etki-yüklü bir değişim hakkındaki duygu ve düşünceleri ortaya çıkarmak için varolan fırsatlara yönelik sezgisel farkındalığını da genellikle artırır. Aşağıda bir örnek verilmektedir:

Terapist: Az önce sözünüzü kestiğimde şaşırdığınızı fark ettim. Herhangi bir tepkinin farkında mısınız?

Hasta: Hayır.... Gerçekten.

Terapist: Peki, insanlar genelde, sözlerinin kesilmesinden hoşlanmazlar ve ben sizin sözünüzü kestikten sonra, kollarınızı göğsünüzün üzerinde birleştirdiğinizi (göstererek) ve duruşunuzun değiştiğini farket-

tim. Eğer rahatsız olmazsanız, devamında neler olabileceğinden birkaç dakika konuşalım istiyorum çünkü önemli olabilir. O anda (sözünüzü kestiğimde) aklınızdan ne geçiyordu?

Hasta: Yani, söylediğim gibi, beni çok rahatsız etmedi... belki şaşırttı... Dr. Johnson (önceki terapist) böyle şeyler yapmazdı.

Terapist: Tamam, belki bunu çok fazla yapıyor olabilirim; fakat bu sizi daha iyi tanımam ve BDT hakkında daha fazla şey öğretmem için bana fırsat veriyor. (Terapist, sekize onbir inçlik bir bloknot üzerine üç sütun çizer: Durum, Duygular ve Düşünceler) Biz buna üç-sütunlu kağıt diyoruz ve beraber çalışacağımız ilk stratejilerden birinde kullanılıyor. Olaylar, duygu ve düşünceler arasında sebep-sonuç ilişkisi oluşturmada yardımcı oluyor. Aşağıya durumu (terapist tarafından sözün kesilmesi), sizin duruma eşlik eden duygunuzun (şaşkınlık) ilk tanımını ve ifade ettiğiniz düşünceyi (Dr. Johnson bu tarz şeyler yapmazdı) yazdım. Şimdi, sormama izin verin, Eğer Dr. Johnson ve ben farklı şekilde davranırsak, bu, benim hakkımda ya da birlikte verimli şekilde çalışma fırsatlarımız hakkında ne ifade edebilir?

Hasta: Belki de hiçbir şey. Fakat, sizin iyi bir dinleyici olmadığınız anlamına gelebilir.

Terapist: Peki eğer bu doğruysa ne ifade edebilir?

Hasta: Terapinin yardımcı olamayabileceğini... ya da benim iyileşemeyebileceğimi.

Terapist: Peki bu da doğruysa?

Hasta: Zamanımı boşa harcadığımı... bir başka başarısızlığı... Yeni bir terapist bulmak zorunda kalacağımı. Neden sözümü kestiniz? O kadar sıkıcı mıyım? Konudan konuya mı atlıyordum?

Terapist: Sorularınız tam olarak, BDT'de çalıştığımız düşünce tarzını yansıtıyor. Biz onlara otomatik ne-

gatif düşünceler diyoruz. Bu, bir olayın, kendiniz, benim ve iyileşme fırsatlarınız hakkındaki otomatik düşünceler zincirini nasıl ortaya çıkarabileceğinin gerçekten iyi bir örneği. Sizi sıkıcı bulabileceğimi ya da karışık konuşuyor olabileceğinizi yüksek sesle merak ettiniz. Davranışıma yönelik herhangi başka bir açıklama geliyor mu aklınıza?

Hasta: Kaba olabilirsiniz. Fakat, bunun doğru olduğunu düşünmüyorum. Belki de sadece gündemdeki maddelere geri dönmek istediniz.

Terapist: Kesinlikle ikinci olasılık üzerinde haklısınız. Fakat en önemli nokta bunun, insanlar depresyonlu olduklarını düşündüklerinde ne gösterdiğidir. Depresyonlu kişiler negatif açıklamalara inanmaya daha meyillidir ve bu daha kötü hissetmelerine yol açabilir. Bu arada, sözünüzü kestiğimde eleştirildiğinizi hissettiyseniz üzgünüm, niyetim sizi incitmek değildi. Dr Johnson'ın ve benim farklı tedavi yöntemleri kullandığımızı ve benimkilerin daha yapısal olduklarını biliyorum.

Hasta: Hayır, siz kaba değildiniz. Sanırım ben fazla hassasım.

Terapist: Olabilir... Bunun doğru mu yoksa bir başka otomatik negatif düşüncenin örneği mi olduğunu anlamak için delillere bakmamız gerekecek. Eğer bir endişeden ibaretse, tedavi planımızın bir parçası olarak kesinlikle üstünde çalışabiliriz. Şu ana kadar yaptıklarımız hakkında ne düşünüyorsunuz?

Hasta: Gayet iyi.... Sanırım terapinin nasıl işlediğini daha iyi anlamam gerekiyor.

Terapist: Harika... Zamanımızı bu değişimi inceleyerek harcadığımız için memnunum. Eğer bir mahsuru yoksa, durumunuz hakkında birkaç soru daha sorabilir miyim?

Bilişsel modelin diğer açıklamaları, terapinin ilk seansı ile ilgilidir. Örneğin, semptomlardan konuşurken, terapist, hastanın tutumları ya da subjektif tahminleri hakkında sorular sorabilir. Bu genellikle, tembellik, aptallık ya da zayıflık gibi katı, özeleştirel yorumların ifade edilmesini ortaya çıkarır. Benzer olarak, geleceğe dair moral ve beklentiler hakkındaki sorular da umutsuzluk ve intihar düşüncesine yönelik içten bir tartışmaya dönüşür. Bilişsel modeli tanıtmanın bir diğer yaygın stratejisi de seanstan önce hastaya terapi hakkındaki duygu ve düşüncelerini sormak ve tepkisi hakkında geri denetimler almaktır. Hastanın tepkilerine ve geri denetimlerinin birleşimine yönelik bu tarz bir normal ilgi, terapinin işbirlikçi doğasını gösterir.

İntihar düşüncesi mevcut olduğunda, hastanın, böylesi bir umutsuz durumu doğru bulduran bakış açısını ortaya çıkarmak ve anlamak önemlidir. Bilişsel açıdan, intihar düşüncesi, mantıklıymış gibi görünen bir sorun çözme yöntemi, dayanılmaz bir duruma son verme olarak görülür. Bununla birlikte, Yaşamak için Sebepler Envanteri de hastanın mal varlıklarını ve kaynaklarını listelemeye başlamak için biriktirilebilir. Bu liste, intihar düşüncelerine objektif bir kontrpuan sağlar. Geleceğe bakışı kaybolan ya da depresyonda görülen pozitif tutumların değerinin azaldığı ve hatta negatifleştiği durumdaki hastaya, "Eşin, anne-baban, en iyi arkadaşın, kardeşin senin yaşama nedenlerin için ne söylerdi?" tarzında bir sorunun, dış bakış açısını da göz önünde bulundurması için sorulması yararlıdır. Yine, intihar düşüncesi lehine ve aleyhine olan delilleri incelemek için alternatif bir bakış açısı kullanımını modelleyerek, temel bilişsel müdahalelerden ilk seans süresince bahsedilebilir.

Terapinin ilk seansının geri kalan hedefleri, durum tespitinin karşılıklı görüşülmesini, ilk problem listesinin hazırlanmasını ve verilen ev ödevlerinin kullanımının tanıtımını içerir.

Tüm dikkat ve ilgi, aşağıdaki özette de gösterildiği gibi, bilişsel ve davranışsal kavramların tamamen kaynaştırılmasına adanır:

> Bu noktada, durumunuzdan anladıklarımı, gelecek seanslardaki ek detaylarla destekleyebileceğimiz bir anlayışla özetlememe izin verin. Eğer yanlış anladığım bir şey ya da atladığım önemli bir detay olursa, sözümü kesmek için lütfen kendinizi rahat hissedin. Fırtınalı bir aşk ilişkisinin bitişinden beri son altı aydır artan şekilde depresyonda olduğunuzu anlıyorum. Daha fazla depresyonlu hissettikçe, bu sizin enerjinizi etkilemeye başlamış ve daha az yemek yiyorsunuz. Uykunuz da ayrıca, daha hafif ve sık sık uyanıyorsunuz. Dışarıya çıkmakta daha az isteklisiniz ve daha az rahatlayıp eğlenebiliyorsunuz. İşinizde de geri kalıyorsunuz ve patronunuz performansınızın düştüğünü farketmiş. Yalnız kaldığınızda, aklınızı endişelerinizden ve yalnızlığınızdan bir türlü kurtaramıyorsunuz ve "niçin sıkıntı" ve "olaylar hiç düzelmeyecek" şeklinde düşüncelerle dolmaya başlıyorsunuz. Ayrıca, diğer duygusal ayrılıklar hakkındaki geçmiş anılarla daha fazla meşgul oluyorsunuz ve kendinizde, kadınların sizi sevmeyi eninde sonunda reddetmelerine neden olan ciddi anlamda yanlış bir şeyler olup olmadığını sorgulamaya başladığınızı söylediniz. Bu gayet adil bir özet gibi görünüyor mu?

İlk ev ödevi genellikle, Aaron T. Beck ve Ruth Greenberg'in "Depresyonla Baş Etme" ya da Joe Howell ve benim "Sıkıntıları Yenmek: Depresyondan Kurtulmak" adlı tanıtım kitabı gibi kısa bir okuma görevidir. Normalde, kendi kendini izleme görevi de verilir (Bkz. Şekil 2.3). Ev ödevi, terapinin, seanslarda kullanılan materyallerine mantıksal olarak dayanan zorunlu bir öğesi olarak tanıtılır. Beceri terapinin görevi; ev ödevlerinin önemini anlatmak, hastanın okuyabilirliğine ve yeteneğine uyan ödevler tasarlamak, bir sonraki seansta tamamlanmış ödevi birlikte irdelemek ve destekleyici fakat kararlı biçimde itaatsizlikle baş etmektir. Her ne kadar birçok hasta ev ödevlerini bazen yapmayacak olsalar da, büyük bir

çoğunluğu, uygun terapötik destek ve cesaret sağlandığı taktirde aktif olarak ev ödevlerinde birlikte çalışabileceklerdir.

Birbirini takip eden seanslarda, davranışsal ve bilişsel müdahaleler, durum tespiti ve problem listesi tarafından belirtilerek seçilirler. Daha önce de bahsedildiği gibi, her seans, bir ya da iki problemli alanı detaylarıyla ele alan yapısal bir plan takip eder. Terapinin ilk başlarında, davranışçı stratejilerin kullanımı baskın olabilir. Bu kullanım özellikle şiddetli depresyon tedavisi için önemlidir. Terapinin orta aşamasında (örneğin, altı-oniki arasındaki seanslar), birçok hasta temel bilişsel stratejilere hakim olabilirler. Terapiye yanıt veren hastalar için, dört-sekiz seanstan oluşan aşama, temel varsayımları tanımaya, test etmeye, düzeltmeye ve tekrar etmelerini önlemeye adanır (örneğin, on iki-yirmi arasındaki seanslar). Her durumda, yine de, belirli bir stratejinin tanıtılması, yöntemin tam bir açıklaması ve hastanın problemleriyle ilgili olanların gösterilmesi ile başlar. BDT'de kullanılan ana stratejiler aşağıda açıklanmaktadır.

DAVRANIŞ TEKNİKLERİ

Davranış teknikleri özellikle terapinin ilk aşamalarında yararlıdır. Ana kullanımları hastalara semptomlarla baş etmelerinde ve kişiler arası beceri eksiklerinden bahsetmelerinde yardımcı olmaktır. Bu kullanım özellikle daha pasif, sosyal yönden çekingen ve/veya konsantrasyonda zorluk çeken şiddetli bozukluktaki hastaların tedavisinde geçerlidir. Her ne kadar davranış teknikleri, böylelikle, daha odaklı ve somut olmaya yönelse de, hastalara, fonksiyonel olmayan bilişleri tanımalarında, ölçmelerinde ve düzeltmelerinde yardımcı olan bir araç olarak da kullanılırlar. Örneğin, belirgin anhedoni şikayetleri olan bir hasta, özellikle hoşa giden etkinlikleri çoğaltmak için geliştirilen bir davranış görevinin sonuçlarını, "Hiçbir şeyden

zevk almıyorum" tarzındaki bir kötü düşüncenin kesinliğini sınamak için de kullanabilir.

Etkinlik Programlaması

Etkinlik programı özellikle hastaya davranışları izleme ve düzeltmeyi ve verimliliği artırmayı öğrenmesinde yardımcı olur. Hastalara bir değerlendirme formu verilir ve saat saat etkinliklerinin kaydını nasıl tutacakları öğretilir. Ruhsal durum değerlendirmeleri daha sonra, programlı etkinlikler ve ruh hali ile davranıştaki değişiklikler arasında işlevsel ilişkiler kurmaya yardımcı olması için toplanabilir. Yeni etkinlikler programlamak genellikle, depresyonlu hastayla kullanılan ilk tekniklerden biridir ve umutsuzluğu, hareketsizliği, anhedoniyi ya da motivasyon eksikliğini önlemek için hedeflendirilebilir. Terapist, hastaya, boş geçen programlanmamış zaman bloklarını belirlemesinde ve bu zaman dilimlerini doldurmak için programlanabilecek tatmin edici, alternatif etkinlikler düşünmesinde yardımcı olur. Bu tarz etkinlikler, bir saatin kirli çamaşırları halletmek ya da egzersiz yapmaya, veya iki saatin sevilen bir filmin videosunu ya da televizyondaki bir spor haberini izlemeye ayrılmasını içerir.

Hastalar çoğunlukla etkinlik programının yararları hakkında şüphecidir. Bir şeyler yapmaya çalıştıklarını; fakat hiçbir yararını görmediklerini söylerler. BDT terapistinin sahip olduğu ortak-deneysel yaklaşım, şüphelerin doğruluğunu kabul eder ve depresif anhedoninin normal ölçülerdeki zevk ve eğlenceyi geçici olarak ulaşılamaz yapabildiğine dikkati çeker. Hasta, bunun ardından, programlı etkinliklerin hiçbir fark yaratmayacağını ileri süren hipotezin deneysel testini denemekle meşgul olur. Etkinlik programı çerçevesinde ölçülmüş bir deney örneği hastanın, istenilen ya da tatmin edici bir faaliyetle uğraşırken harcadığı zaman dilimine oranla yapısal olma-

yan bir zaman dilimi boyunca psikolojisini ve düşüncelerini izlemesi içindır.

Hastaya, hareketsizliğinin ve eğlenme eksikliğinin depresyon belirtileri olduğunu ve bu yüzden değişime karşı dayanıksız (dayanıklılıktan ziyade) ve potansiyel olarak mecbur olduğunu anlamasında yardımcı olmak önemlidir. Bunun aksine, bilgili bir terapist, hastanın anhedonisinin aslında beynin zevk-tatmin merkezindeki işlevsizliğin bir sonucu olabileceğini ve bunun sonucunda da önceden arzu edilen birçok faaliyetin güçlendirici yönlerinin azalmış belirginlikte olduğunu ileri sürebilir. Eğlenme yeteneğinin gözle görülür derecede azaldığı durumlarda, terapötik beklentiler (zevk almaktan çok bir işi tamamlama) geçici olarak azaltılabilir ve hoşnutsuzluğu gidermek için "piyasayı canlandırmak" ya da "bir tesis kurmak" gibi bir örneğin verilmesi genellikle yararlı olur.

Ustalık ve Hoşnutluk Değerlendirmeleri

Etkinlik programı çoğunlukla gereklidir; çünkü hastalar kendiliklerinden, hoşa giden etkinlikler aramak için çok anerjik ve/veya disforik olabilirler. Bunun da ötesinde, birçok hasta geriye kalan entellektüel ve toplumsal değerleri ile yeterlilik alanlarını küçümseyip değerlerini düşürür. Daha çók objektiflik kazanma süreci, hastaların, programlı etkinlikleri ustalık (U) ya da hoşnutluk (H) deneyimlerine göre değerlendirmeye başlamaları sağlanarak kolaylaştırılabilir. Her ne kadar birçok hasta hoşnutluk kavramını kolayca saptayabilse de, *ustalık* terimi kısa bir psikoeğitsel ders almayı gerektirir. Ustalık, herhangi bir beceri ya da yeteneğe işaret etmek için kullanılır. Örneğin, vadesi geçmiş bir vergi formunun tamamlanması muhtemelen zevk vermez, fakat belli ölçüde yetenek gerektirir.

Hastalar U ve H değerlendirmelerini teşkil eden kavramları anlar anlamaz, U ve H deneyimlerini sıfırdan ona kadar de-

ğerlendirmeleri için bir ölçek kullanmaları istenir. Bu değerlendirmeler daha sonra, hoşnutluk ya da ustalık deneyimlerindeki eksik alanları belirlemede kullanılır. Bu tarz eksikler daha fazla güçlendirici ya da itibar sağlayıcı etkinliklere erişimin önemi üstünde duran yeni ev ödevleriyle ele alınır. Sürekli düşük olan H ve/veya U değerlendirmeleri, çoğunlukla hastanın verilen görevler hakkındaki algılamasının (negatif tahminler, derin düşünceler ve otomatik negatif düşünceler), görevlerin amaçlanan niyetlerine engel olduğuna dair yardımcı bir ipucu sağlar. Bu tarz bir olayın belirlenmesi, daha sonra açıklayacağım gibi, terapistin bilişsel müdahaleleri kullanmasına yol açacaktır.

Yön Değiştirici Teknikler

Bu teknikler, hastaya, hoşnutsuzluğun, anksiyetenin ve öfkenin de dahil olduğu en üzücü ve karşı konulmaz etkilerle baş etmelerinde yardımcı olmak için kullanılır. Yön değiştirici tekniklerin kullanılmasındaki mantık (bilişler ya da davranışlar üzerinde daha esas ya da kalıcı etkiler yaratan yöntemlerden ziyade), güçlü etkilerin, terapinin ilk aşamalarında üstesinden gelinmek için çok zorlayıcı olabilmesidir. Yön değiştiricinin kullanılması, böylece, hastaya, yoğun stresli zamanlarda daha etkili mücadele etmesini ve/veya başka türlü bir duygusal tepkinin çıkmasını bastırmasını sağlar. Hastalar, böylelikle, kontrol duygusunu tekrar edinebilmenin yararını da kazanmış olur. Yön değiştirme, fiziksel aktivitelerin (örneğin, egzersiz bisikleti sürmek) kullanımıyla, sosyal bir ilişkinin meşguliyetiyle, ya da görsel düşler aracılığıyla gerçekleştirilebilir. Yön değiştirici tekniğin spesifik bir ayrıntısı olan düşünce durdurma, özellikle, daha zorlayıcı şekilde insan aklına giren düşüncelerle ya da imgelerle baş etmede yararlı olabilir. Terapist, hastaya, sıkıntı verici düşünceyi, dur işareti ya da

dağdaki bir dere gibi alternatif bir görüntüyü gözünde canlandırmak için ipucu olarak kullanmayı öğretir. Canlandırılan görüntüye dikkatle odaklanarak, hasta, duygu yüklü düşünceden bir süre olsun kurtulmayı başarır.

Hastalar bazen yön değiştirici teknikleri yüzeysel ya da "saçma" bir yaklaşım olarak küçümserler. Terapistin böyle zamanlarda, negatif bilişleri ortaya çıkarması önemlidir (örneğin, "Sorunlarım çok büyük, bana önerebileceğin tek yardım bir egzersiz bisikletine binmek midir!"). Terapist ayrıca, yön değiştirici tekniklerin kullanımının mantıklı ve süre sınırlı doğasının açıkça anlaşılabileceğini de temin etmelidir. Bunun dışında, eğer hasta, tekniği tanımlarken olumsuz bir tasvirde bulunursa (Örneğin, "Bu tıpkı bir Yara Bandı"), bu imgenin yeniden nitelendirilmelerini, sorunu ele alırken kullanmak yararlı olacaktır. Örneğin, terapist, "Bir Yara Bandı tekniği kullanma fikrimiz hakkında ne düşünüyorsunuz?" ya da "Bir Yara Bandının yararlı olabileceği herhangi bir gerçek yaşam olayı aklınıza geliyor mu?" gibi sorular sorabilir.

Kademeli-Görev Tahsisleri

Şiddetli oranda depresyonlu hastaların daha karmaşık aktivitelere başlamalarına yardım etmek için, terapist çoğunlukla bir aktiviteyi, görevin en basit bölümünden başlayıp en çok çaba gerektirenine doğru ilerleyerek birkaç aşamaya bölme ihtiyacı duyar. Bu adım adım yaklaşımı hastanın, ilk başta karşı konulamaz ya da imkansız gibi görünen işleri sonunda tamamlamasını sağlar. Kademeli görev tahsisleri böylece, tembellikle ve ertelemeyle bütünleşmiş problemleri ele almada ana davranış yöntemi olarak hizmet sunar. Tedavinin ilk aşamalarında, kademeli görev tahsisleri ayrıca, depresyonlu hastanın, rahatsızlığın neden olduğu bozukluklarla baş etmek için yapılması gereken bazı uyarlamaların farkına varması için de yardımcı ola-

bilir. Bu tarz kademeli görevler problem çözmede adım adım bir yaklaşımın yararını öğretmek için de kullanılabilir ve böylece genelleştirilerek deşarj sonrası çıkan daha karışık yaşam sorunlarına uygulanabilirler.

Davranış Provaları ve Rol Yapma

Prova stratejileri, hastalara zor görevleri ya da tepkileri hazırlamalarında ve eninde sonunda bunu başarmalarında yardımcı olur. Rol yapma genellikle terapistin, hastanın hedeflenen davranışlarının tahminlerine antrenörlük ederek ve onları modelleyerek kullanmasını içerir. Örneğin, terapist hastanın rolündeki fazla iddialı ya da çatışmacı tepkiyi uygun şekilde modellerken, hastadan daha önemli bir rolü oynaması istenebilir.

Prova yöntemleri süresince otomatik düşüncelerin izlenmesi, hastaya, duygu yüklü bir durumu daha da şiddetlendirebilen bilişsel bozuklukları tespit etmesinde de yardımcı olabilir. Hayaller ayrıca hastaya, açıkça uygulanamayacak spesifik görevlerin gizlice provasını yapmada yardımcı olmak için de kullanılabilir. Bu yöntemler, hastanın, geliştirilmiş sosyal beceriler, kendini gösterme ya da iyileştirilmiş öfke denetimi gibi yeni davranış şekilleri geliştirmesini sağlamak için değiştirilebilir ya da genişletilebilirler.

Gevşeme Eğitimi

Gelişmiş derin kas gevşemesi yöntemi; genelleşmiş anksiyete, psikomotor heyecan ve uykusuzlukla baş etmeye yardımcı yararlı bir yöntemdir. Gevşeme eğitiminin antidepresan terapi ile birlikte kullanıldığında makul bir ek etki oluşturduğu görülmüştür ve biz de onun, tıbbi müdahaleler kullanılmadığı zaman BDT'ye özellikle yardımcı olduğu sonucuna vardık.

BİLİŞSEL TEKNİKLER

Bir bilişsel müdahalede dört genel aşama vardır:

1. Otomatik düşünceleri ortaya çıkarmak ve bilişsel üçlü açısından kişisel önemlerini anlamak (kişinin kendisi, dünya ya da gelecek hakkındaki algılayışının anlamı)
2. Otomatik düşüncelerin doğruluğunu ölçmek
3. Mantıksal hataları, bozuklukları ya da altta yatan uyumsuz varsayımlarla şemaları belirlemek
4. Alternatif, daha uyumlu bilişlerin geçerliliğini ölçmek

Bu yöntemler aşağıdaki alt bölümlerde açıklanmaktadır:

Fonksiyonel Olmayan Otomatik Düşüncelerin Saptanması

Hastaya, bilişsel müdahalenin ilk adımı olarak otomatik negatif düşünceleri saptaması öğretilir. Otomatik düşünceler hastaya, öğretici bir yaklaşımla anlatılır ve ilgili okuma materyali terapinin başında sağlanır. Terapist ve hasta bundan sonra, hastanın hayatında varolan bu tarz düşüncelerin örneklerini saptamak için işbirliği halinde çalışır. Hasta, bu sürecin tekrarlanmasıyla, kendi iç konuşmasının ve düşünme şekillerinin daha farkında olmayı öğrenir. BDT'nin ana hipotezi yani, depresyon ya da anksiyete hislerinin hastanın çarpık ya da gerçekdışı olumsuz bir şekilde düşünmeye yatkın olmasıyla alakalı olduğu, böylece tanıtılmış olur. Terapist, yine de, negatif otomatik düşüncelerin saptanması ve değerlendirilmesi işlemi gerçekleştirilene kadar hastanın düşüncelerinin kesinliğini açıkça "doğrulamaya" çalışmaz.

Hastanın otomatik negatif düşünceleri saptamasına yardımcı olmak için birçok teknik kullanılır. Terapist, duygusal bir anda hastanın aklından "ne geçtiğini" sorabilir. Seans süre-

since ortaya çıkan ruhsal değişiklikler, terapistin, hastanın düşünceleri hakkında soru sorması için özellikle tam vaktinde fırsat sağlar. Benzer olarak, hastanın yakın geçmişindeki üzücü olaylar, hastanın bu can sıkıcı olayların çıktığı zamanı aklına getirip o anki spesifik duygu ve düşüncelerini hatırlamasını isteyerek incelenebilirler. Rol yapma da, can sıkıcı bir olaydaki duygu ve düşüncelerin hatırlanmasında yardımcı olabilir. Bir otomatik düşünce saptanır saptanmaz "aşağı doğru sarmal" tekniği (Şekil 2.3'te gösterilmiştir) hastaya, daha derin, uyumsuz varsayımlara ya da şemalara ulaşmasında yardım etmek için yararlı olacaktır.

Ev ödevi görevleri de benzer şekilde, hastanın otomatik düşünceleri ve duygusal reaksiyonlarla ilgilerini tanımasını geliştirmek için kullanılır. Fonksiyonel Olmayan Düşüncelerin Günlük Kaydı (İDGK; Bak.Tablo 2.4), hastalar, hoşnutsuz ruh haline ilişkin durum ya da olaylarla ilgili ruhsal durum değişikliklerinin ya da aksine, duygulardaki bir değişime eşlik eden otomatik düşüncelerin kaydını tutmaya başladığında özellikle yardımcı olur.

Düşünce sayma, hasta belli türde bir otomatik düşüncenin çıkışı hakkında şüpheci olduğunda, ev ödevi görevi olarak kullanılabilir. Hastalar "hedeflenmiş" düşünceleri saymak için bir kol sayacı ya da golf sayı tutucu kullanabilir.

Otomatik Negatif Düşüncelerin Doğruluğunun Sınanması

Hastanın otomatik negatif düşüncelerinin yapısının, ruhsal sıkıntılar ile ilişkili olduğu gösterildikten sonra (normalde bir-üç seansı bulan bir süreçtir) terapi, hastanın düşüncelerinin doğruluğunu sınamaya yönelir. Bu aşamanın amacı hastaya daha objektif düşünmeyi öğrenmesinde yardımcı olmaktır (tıpkı bir bilimadamı ya da hakim gibi). Sonuç olarak hasta,

HASTA	*TERAPİST*
"Randevunun gerçekten kötü geçtiğini düşünüyorum. (kara mizah kıkırdamaları) . Canım çok sıkkın."	"Randevunun bu kadar kötü geçtiği doğru mu? Yoksa bu negatif düşüncenin depresyon duygusunda nasıl yer aldığının bir örneği olabilir mi?"
	
"Hayır, bu doğru. Başka bir randevudan bahsetmedi ve o günden beri beni hâlâ aramadı."	"Peki, bu kadarı yeterince inandırıcı geliyor. O halde, randevun bu kadar kötü geçtiyse, bu ne anlama geliyor?"
	
"Bu tür şeyler bana hep olur!"	"Ya, bu doğruysa?"
	
"Ortada benimle ilgili ciddi anlamda yanlış giden bir şeyler var." (Gözle görülür bazı değişimler var.)	"Ne gibi?"
	
"Sanırım ben hep reddedilen biriyim… Sosyal bir sepetleme durumu. Acınacak haldeyim. Yazık bana."	"Peki bu doğruysa, tabii önce bunu sınamamız gerekiyor, bu senin dünyan ve geleceğin hakkında ne söylüyor?"
	
Beni hiçbir zaman kimsenin sevmeyeceğini söylüyor… Daima yalnız kalacağım. Yaşlı bir kız olarak…" (daha fazla gözyaşı)	Gözyaşlarınızdan bu düşüncelerin sizi gerçekten can damarınızdan vurduğunu görebiliyorum. Birkaç dramatik ve incitici cümle yazdım. Bunlara göz atıp doğruluklarını ölçebilir misiniz?"

Şekil 2.3 Aşağı Doğru Ok Tekniği

Tablo 2.4

Fonksiyonel Olmayan Düşüncelerin Örnek Günlük Kaydı

Durum	*Duygu(lar)*	*Otomatik Düşünce(ler)*	*Makul Tepki*	*Sonuç*
		1. Tekrar depresyona girebilirim. 2. Herkesi hayal kırıklığına uğratacağım.	3. Evet, tekrarlama olasılığı var. Uyarıcı işaretlerin ne olduğunu biliyorum ve şu an daha iyi başa çıkıp semptomları daha iyi idare edebilirim. Terapistim, olaylar kötüye gittiğinde bana yardımcı olmaya hazır. Ayrıca, rahatsızlığım daha şiddetli bir şekilde nüks ederse, bir antidepresan alabilirim. 4. Beni düşünen kişilerin ne durumda olduğumla ilgilenmeleri gayet normal. Yine de iyileşmem onlara borçlu olduğum bir şey değil. Terapistim her şeyin yolunda gitme ihtimalinin oldukça yüksek olduğunu söylüyor.	

Tablo 2.4

Fonksiyonel Olmayan Düşüncelerin Örnek Günlük Kaydı

Durum	*Duygu(lar)*	*Otomatik Düşünce(ler)*	*Makul Tepki*	*Sonuç*
Tanım: 1. Hoş olmayan duyguya yol açan esas olay ya da 2. Hoş olmayan duyguya yol açan düşünce akışı, hayaller ya da hatıralar	1. Üzüntüyü/Endişeyi/Kızgınlığı belirtin. 2. Duygu yoğunluğunu 1-100 arası değerlendirin	1. Duygulara yol açan otomatik düşünceleri yazın	1. Otomatik düşüncelere karşı makul tepkiyi yazın.	1. Otomatik düşüncelere olan inancı 1-100 aralığında yeniden değerlendirin. 2. Sonraki duyguları belirtin ve 0-100 arasında değerlendirin.
Tarih: 23/12 Çamaşırları toplama	Üzüntü, 50; Endişe, 60;	1. Yapılacak çok iş var. 2. Bu işin altından kalkamayacağım.	1. Yapacak çok iş var. Yardıma ve zamanımı iyi kullanmak için etkinlik programına ihtiyacım olacak. Bob (eş) ve annem yardım edebileceklerini söylüyorlar. 2. Ne yapabileceğimi ya da yapamayacağımı gerçekten bilmiyorum. Eğer ilk seferde yüzde 100 kapasiteyle çalışamazsam, bu çok büyük bir sorun olmayacaktır. Hâlâ iyileşmeye çalışıyorum ve yardım almam son derece normal.	Üzüntü, yüzde yirmi Endişe, yüzde otuz

yönlendirici keşifle, düşüncelerinin ya da vardığı sonuçların gerçeklerden çok varsayımlar olduğunu, çünkü bu varsayımların çoğunlukla kötü anlamlar ifade ettiğini, eldeki tüm delillere karşı ispatlanmaları gerektiğini öğrenir. Büyük bir çoğunluk, terapinin ortalarında (beşten on beşe kadar olan seanslar) bu metodu kullanır. Acemi BDT terapisti, uzman bir terapistin, hastayı otomatik düşüncelerinin yanlış ya da saçma olduğuna inandırmaya ya da ikna etmeye çalıştığı bu yöntemin, basit bir iknadan farklı olduğunu öğrenmelidir. Bu aşama, Beck'in BDT'ye yaklaşımındaki esas bileşeni temsil eder.

Daha önce de bahsedildiği gibi, hasta, duygu yüklü durumlar ve karşılıklarında beliren otomatik negatif düşünceleri, hedeflenmiş bir zaman aralığı süresinde kaydeder. Depresyonun arttığı zamanlarda ortaya çıkarılan malzeme, hastanın aile üyeleriyle fırtınalı münakaşaları hakkındaki düşünceleri ve aklına sonradan gelen fikirleri olduğu için, özellikle yararlı olabilir. Bu kayıtlar, doğruluklarının değerlendirilmesi için takip eden seanslarda incelenir. En pragmatik düzeyde, hastalar kendilerine, otomatik negatif düşünceleriyle ilgili çeşitli temel sorular sormayı öğrenmeye ihtiyaç duyarlar:

1. Bu düşünceleri destekleyen kanıt ne?
2. Depresif düşünce vardığım sonuçları değiştirebilir mi?
3. Başka alternatif açıklamalar var mı?
4. (Olumsuz bir olay olduysa) Benim bu sorunla ilgili samimi, gerçek rolüm/sorumluluğum ne, durumun düzelmesine yardım etmek için ne yapabilirim?
5. Eğer yaptığım açıklama doğruysa (ya da kısmen doğruysa), bu benim hakkımda (ya da dünya, geleceğim hakkında) gerçekten ne anlama geliyor?

Diğer bir düzeyde, terapist, hastaya her bir OND'a (Otomatik Negatif Düşünce) bir suçlama ya da yükmüş gibi bak-

masını öğretiyordur. Mahkemede olduğu gibi, ilk önce, suçları kanıtlayan deliller sunulur ve bunu davalının duruma yönelik görüşlerinin sunumu takip eder. Mahkeme modelinden sonra, terapist ve hasta, çelişkili delilleri gösteren, diğer olasılıkları ortaya çıkaran ve (uygun olduğunda) suçun doğruluğunu kabul eden fakat hafifletici sebeplere de dikkati çeken bozulmaz bir savunma hazırlamak için birlikte çalışır.

Fonksiyonel olmayan otomatik düşüncelere daha mantıklı tepkiler vermeyi öğrenmek yukarıda anlatılan süreçle birlikte gelişir. İlk başta, hastalar, yazılı ödevden kısa süre sonra gerçekleşen seanstaki otomatik negatif düşüncelerine, alternatif açıklamalarını ya da daha makul karşıt tepkilerini yazmaya teşvik edilirler. Özellikle, İDGK kağıdının dördüncü ve beşinci sütunları bu amaç için hazırlanmıştır. Terapist çoğunlukla hastaya bu makul alternatifleri zenginleştirmesinde ya da artırmasında yardımcı olmaya gereksinim duyar. Bir veya birkaç mahkum edici açıklama önerebilir. Benzer şekilde, hastayı, daha objektif kaynaklı bilgi araması için teşvik edebilir; örneğin "Kız kardeşin/erkek kardeşin/en iyi arkadaşın bunun hakkında ne söylerdi?" Bunalımdayken "buz kesmişe" dönen hastalar için, sık fonksiyonel olmayan bilişlere karşı mantıklı tepkiler pratikte uygulanabilir ve uzun uzadıya anlatılabilir, hatta eğer gerekirse, mantıklı tepkileri harekete geçirmede yardımcı olması için kullanılan 5'e 3 inçlik başa çıkma kartlarına ufak notlar halinde yazılabilir. Sonrasında, hastalar kafalarındaki fonksiyonel olmayan otomatik düşüncelerin üstesinden gelmek için cesaretlendirilirler (ilk olarak onları kağıda yazarak ve sonra da başarılı olur olmaz, gizli sözel ifadelerle).

Birçok hasta, mantıklı tepkiler vermek için ilk başta sarfettikleri çabaların yeni bir otomatik negatif düşünceler "dalgasını" tetiklediğini görürler. Çoğunlukla bu düşünceler, mantıklı tepki müdahalesinin ruh halini değiştirme amacını baltalar. Becerikli BDT terapisti, bir hasta, mantıklı tepkilerinin doğru-

luğunu sorgulayan, dışa vurmadığı düşüncelerle uğraştığında bunu fark etmeyi öğrenmelidir. Bu tarz çekinceler genellikle, hasta mantıklı tepki tekniğinden maksimum yarar sağladığı taktirde, terapi seansları içerisinde fark edilebilir, sınanabilir ve karşı konulabilir.

Şemaların ve Fonksiyonel Olmayan Gizli Varsayımların Saptanması

Tedavinin sonraki aşamalarında, hastanın temel şemaları hakkında biraz bilgi edinmesi önemlidir. Şemaların, bilişin daha yüzeysel seviyesinden çıkarılması gerektiğinden, katı, acımasız ya da uyumsuz tutumların yapılarını ya da temalarını harmanlamak için geçmiş ev ödevlerini gözden geçirmeye yönelik bir görev çoğunlukla yararlı bir yöntemdir. Bir otobiyografi de ilgili şemaların gelişimini belgelemek için tarihi veriler toplamanın bir yolu olarak düşünülebilir. Deneyimlerime göre, birçok hastanın patolojik şemanın özünü anlaması (psikodinamik terapinin "düşünsel anlayışının" benzeri olarak) biraz rahatlatıcıdır, fakat gerçek etki, hoşnutsuzluğun "şiddetli düşünceler"i tetiklediği dönemlerde ortaya çıkar.

Değiştirilmiş Tepkinin Geçerliğinin Sınanması

Şemaları ve gizli varsayımları değiştirmek için çeşitli stratejiler mevcuttur. Yaygın bir ilk görev, hastayı şemadan kaynaklanan varolan tutum ve inançların avantajları ile dezavantajlarını listelemesini sağlamaktır. Obsesif-kompulsif rahatsızlığın davranış tedavisinde kullanılan tekniği baz alarak, tepki engellemesinin değiştirilmiş bir şekli de kullanılabilir. Bu teknik hastayı normal eğilimine karşıt şekilde davrandığı (söz konusu olan tutumun ya da gizli varsayımın zorla kabul ettirdiği basmakalıp bir tepki) tecrübeleri yönetmesinde cesaretlendirmeyi içerir.

Örneğin, mükemmelliyetçi tutumları olan bir hasta, "sadece tatmin edici" şekilde tamamlaması gereken bir görevin yer aldığı bir deneme yapması için teşvik edilebilir. Bu denemeyi gerçekleştirirken, hasta normal olarak, anksiyeteye ya da hoşnutsuzluğa neden olan ve sırasıyla performansa zarar veren ya da derin düşünceleri tetikleyen otomatik negatif düşüncelerle karşılaşır. Hasta bunun ardından, kendinde beliren bu semptomlarla baş etmek için, terapide öğrendiği metotları uygulayabilir. Benzerleri daha sonra, mükemmellik standartını başarmanın imkansız olduğu, geçmişteki ya da olması beklenen durumlardaki olaylara da uygulanabilir.

SONUCUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Herhangi bir şekilde profesyonel terapi gören depresyonlu hastalar, tedavinin etkilerinin periyodik olarak gözden geçirilmesini garanti ederler. Beck Depresyon Envantörü (BDE) bu amaç için gayet uygundur ve haftalık uygulanmasını şiddetle öneriyorum. Gerçekte, biz BDE'yi kliniğimizde tedavi sonucunun standart bir ölçüsü olarak kullanıyoruz.

Genellikle, terapinin orta aşamasında (altı-on haftalar), en az yüzde 50'lik bir puan azalması beklenir. Deneyimlerime göre, bu iyileşme seviyesini başaramamış birçok hasta çoğunlukla, antidepresan ilavesi ya da eşinin de terapiye dahil olması gibi alternatif müdahaleler isterler.

Diğer yararlı değerlendirme ölçü sistemleri, Genel Değerlendirme Ölçeği, Umutsuzluk Ölçeği, Fonksiyonel Olmayan Tutumlar Ölçeği ve Yükleme Biçimi Anketi'ni kapsar. Sonraki ölçekler ayrıca bazen, depresif kırılganlığının tutumsal ya da niteliksel ilişkileri üzerine ek veri toplamak için de kullanılır. Bu bilgi daha sonra, seanslardaki rehberlik çalışmasına yardımcı olmak için kullanılabilir.

TERAPİNİN SONU

Her ne kadar araştırma protokolleri normalde sabit, önceden hesaplanmış sayıda seanslar (on iki-yirmi arası) sağlasa da, uygulamada, terapiyi sonlandırma kararlarının tamamen tedavi sürecinde hastadan alınan tepkinin niteliğine bağlı olmasını öneriyorum. Terapinin amacı, depresif sendromunun tamamen ortadan kaldırılmasıdır ve hatta geriye kalan ufak tefek bazı semptomların, hastalığın nüksetmesi için oldukça yüksek risk taşıdıkları görülür. Fonksiyonel olmayan tutumların sürekli yükselen seviyelerinin de yüksek oranda kırılganlık yansıttığı görülür ve böylece bu, hedeflenmiş terapinin devam etmesini doğrulayacaktır.

Grubumun araştırmasının ileri sürdüğü pratik bir yaklaşım; hasta istikrarlı bir seviyede iyileşme katettikten sonra (birbirini takip eden BDE 6 ya da daha az sayı yaptığında), yaklaşık sekiz hafta olarak tahmin edilen bitiş tarihini ölçüp değerlendirmektir. Terapinin bu son aşaması daha sonra, şematik kırılganlıkları netleştirmek, depresif düşünmenin tekrar başlamasına neden olabilecek durumları saptamak ve hastalığın nüksetmesini önleyen çeşitli teknikleri uygulamak için kullanılabilir.

Uzun süreli BDT "koruyuculuğunun" önemi henüz belgelenmemiştir. Hastalığın nüksetmesine karşı ek bir koruma sağlayabilir de sağlamayabilir de. Terapi bittikten sonra, iyileşen hastaların sık kullanacağı, "ilk terapinin etkisini yenileyen ikinci" düzenli seanslara hiç rastlamadım. Daha ziyade, son birkaç seansı, yani yaklaşık bir ay sonraki son seansın takip ettiği seansları en azından iki haftada bir olarak aralıklara bölmeyi tercih ediyorum. Hastalığın nüksetmesini engellemenin önemli bir parçası, hastayı, depresyonun kronik ya da tekrarlayabilen bir hastalık olabildiği ve özellikle stresli zamanlarda, semptomların şiddetlenmesinin beklendiği hakkında bilgi-

lendirmektir. Artan semptomlar, terapide öğrenilen becerileri uygulamak için fırsat olarak kabul edilir. Böylece, kırılganlığın ve bunun karşıt fonksiyonel olmayan tepkisinin, yani felaketleştirmenin reddedilmesi ile aktif bir şekilde mücadele edilir. Hastalar, semptomlar iki haftadan fazla sürdüğünde terapiye geri dönmeleri için teşvik edilirler.

BDT'NİN ETKİLİLİĞİ

Randomize klinik çalışmaların büyük çoğunluğu, ağır depresyon ve/veya distimi vakalarında DSM IV'ün (Teşhis ve İstatistik Kılavuzu IV) tanı kriterleri ile karşılaşan ayakta tedavi olan hastalarda BDT'nin etkililiğini incelemiştir. Çok sayıdaki çalışmada, BDT'ye verilen yanıtların oranları genellikle yüzde 50 ile yüzde 80 arası değişmiştir. Keith Dobson, 1989 yılından beri mevcut olan kontrollü çalışmaların meta analiz sonuçlarını bildirmiştir. Bu inceleme, BDT'nin low-contact kontrol durumlarına karşı fazlasıyla üstün olduğunu ve bir bakıma antidepreşanlardan, davranış terapisinden ve diğer psikoterapi şekillerinden daha etkili olduğunu göstermektedir. Kontrollü çalışmaların daha dar kapsamlı anlatıldığı bir örneğinin yetkili görüşünde, yine de, Sağlık Bakım Planlaması ve Araştırması Dairesi, BDT'nin diğer etkin tedavilerle genellikle karşılaştırılabilir olduğunu ortaya koyarak daha mütevazi bir sonuca varmıştır. Bu sonuca göre, Kısıtlı araştırmalar, BDT'nin yararını hastanede yatan hastaların ana tedavisi olarak incelemiştir. Birçok geçerli psikiyatrik düşüncenin aksine, grubumuz, hastanede yatan psikotik hastaların yüzde 60'ından fazlasının üç ya da dört haftalık yoğun BDT sürecine yanıt verdiğini görmüştür. Hastanede yatan hastalar üzerindeki çalışmalarımızda elde edilen kötü sonuçlar; yüksek oranda şiddet, teşhis edilmiş eş zamanlı hastalık ve/veya aşırı kortizolizm ile ilişkilendirilmiştir.

Muhtemelen, Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün yardımlarıyla yürütülen en etkili ayakta tedavi çalışması, BDT'yi KPT (Kişiler Arası Psikoterapi) ile karşılaştırdı ve daha az temaslı klinik idaresi şartı, etkisiz bir plasebo (PBO) ya da üç halkalı antidepresanlar imipramine (IMI) ile birleşti. Çalışma üç üniversitenin tıp merkezinde gerçekleştirildi ve terapistin eğitilmesi ya da klinik oranlarının güvenirliliği gibi konulara aşırı titizlikle dikkat edildi. Her bir koşulda yaklaşık altmış hasta ve bölge başına seksen hasta vardı. Bulgular, IMI daha çabuk etkisini gösterdiyse de, dört tedavi koşulunun on altı haftalık tedavi protokolu süresince önemli bir farklılık göstermediği hususunda dikkate değerdi. Daha ciddi depresif semptomları olan hastalar topluluğunda, BDT orta düzeyli bir etkiye sahipken, hem IMI hem de KPT, PBO'dan önemli ölçüde daha etkiliydi. Buna rağmen günümüzde, BDT'nin teknik doğruluğunun (ideal olana nazaran ne kadar iyi sunulduğu) KPT'den ya da IMI'dan daha çok çeşitlenmiş olabildiğini ileri süren, üç bölgede farklı olarak etkili olduğuna dair kanıtlar var.

Başka bir yeni büyük çalışma da BDT'nin ve diğer aktif müdahalelerin etkinliğini ayırt etmede başarısız oldu. Edinburgh Birinci Basamak Sağlık Hizmeti Çalışmasında, ayakta tedavi gören 120 depresyonlu hasta şehir merkezinde kurulu on altı yere kaydedildi. Hastalar rastgele BDT'ye, psikiyatristin öngördüğü amitriptyline'e (AMI, bir tricyclic antidepresan), sosyal hizmet danışmanına (SH), ya da genel bir pratisyen hekimin (PH) sağladığı normal tedaviye maruz bırakıldılar. Tüm dört koşul da semptomatik iyileşmenin klinik olarak anlamlı düzeyi ile ilişkiliydi. Ayrıca, on altı haftalık çalışmanın sonunda BDT, SH ya da AMI koşulundan önemli ölçüde bir farklılık göstermedi. Bununla beraber, sosyal hizmet koşulu, hasta memnuniyetinin çeşitli ölçümlerinde BDT'den önemli ölçüde daha yüksek oranlar aldı.

Bu çalışmalar BDT'nin evrensel olarak üstün bir depres-

yon tedavisi olmadığını göstermektedir ve BDT, bazı durumlarda yeterli bir şekilde uygulanan ve BDT'den daha az pahalı olan terapilerden daha etkili olmayabilir. Ayrıca, BDT ile ilgili en büyük olumsuz bilgilerin çoklu alan çalışmalarından çıktığı gerçeği, standardizasyon ve uygunluk ile ilgili konuların, BDT'nin yeterliliği açısından, diğer karşılaştırıcı tedavilere göre daha büyük önem taşıyabileceğini ileri sürmektedir.

BDT Tepkisinin Karşılıklı İlişkileri

BDT'ye verilen tepkinin karşılıklı ilişkilerini araştıran mükemmel bir literatür incelemesi yakın zamanda Mark Whisman tarafından yayınlanmıştır. Çok sayıdaki çalışmada, kötü sonuçlar; kroniklik, bekarlık, yüksek seviyedeki fonksiyonel olmayan tutumlar ve daha yüksek semptomatik şiddet ile ilişkilendirilmiştir. Ev ödevine itaat, terapinin işe yararlığına dair iyimserlik ve terapistin BDT'nin yapısal bileşenlerini sürekli kullanmasının da olumlu sonuçların habercisi olduğu belirtilmiştir. *Öğrenilmiş beceriklilik* olarak nitelendirilen kendine daha fazla güvenerek baş etme usulü, birçok grubun olumlu tepkisiyle ilişkilendirilmiştir. Bunun dışında, grubumuzun yeni bir çalışmasında, öğrenilmiş becerikliliğin yüksek seviyesinin, artan şiddetin negatif etkilerini dengelediği görülmüştür. Buna rağmen, BDT'nin yüksek IQ'daki hastalarda daha etkili olduğu sonucuna varılmamıştır, ki bu da, tüm bilişsel becerilerin bu terapi şekline genellenemeyeceğini öne sürmektedir. Bunun dışında, BDT'nin kadınlarda ve erkeklerde eşit oranda etkili olduğu görülmektedir.

Profilaksi

Antidepresanlarla tedavi edilen hastaların en az yüzde 50'sinde, devamlı farmakoterapi sağlanmadığı taktirde, başarılı te-

davinin ilk yılı içinde tekrar nüksetme görülecektir. Bunun aksine, BDT'den sonraki bir-yıllık nüksetmeler normalde yüzde 10 ile yüzde 30 arasında değişmektedir. Mark Evans ve meslektaşlarının son çalışmasında, bu önleyici etkinin önemi, sürekli ilaç terapisininkiyle karşılaştırılmıştır. BDT'de öğrenilen başa çıkma becerilerinin belli derecede, devam eden profilaksi taşıyabildiğini öne sürmenin ötesinde bu bulgular, farmakoterapi ile BDT'nin on iki ya da on altı haftasının ortalama masrafına dayanan basit maliyet karşılaştırmalarının BDT'nin düzgün bir maliyet etkinliği değerlendirmesi sağlamadığına dikkat çekmektedir.

BDT'yi takiben görülen nüksetmenin önemli bağıntıları tekrarlayan depresyonun önceki vakaları, bitiş zamanındaki kalıntı semptomlar ve fonksiyonel olmayan tutumların sürekli yüksek olan seviyesidir. Bu klinik risk faktörleri, terapinin uzun sürecinden kimlerin yararlanabileceğini belirlemek için pratik olarak kullanılabilir. Örneğin, grubumun deneyiminde eksik olarak iyileşmiş hastalar, tamamen iyileşmiş hastalara nazaran, bitiş zamanından sonraki ilk yıl boyunca hastalığı nüksetme tehlikesini beş kat daha fazla yaşamışlardır.

SAĞLIK YÖNETİMİ DÜŞÜNCELERİ

Birçok terapist ve hasta, sağlık hizmetlerinin geri ödemesindeki değişikliklerden etkilenmiştir. Şimdiye kadar, BDT, sağlık yönetimi sahasında oldukça başarılı olmuştur. Her ne kadar masrafları kısma tedbirleri her zaman makul olmasa da, BDT'nin bunda başarılı olduğu görülmektedir çünkü tedavi gayet iyi açıklanır, deneysel olarak sınanır, sonuçlar ölçülür ve tedavi belli bir periyodda (terapinin iki ya da üç aylık bir çalışmasında) etkili olmazsa, genellikle alternatif stratejiler izlenir. Hiçbir verinin mevcut olmamasına rağmen, çift kutuplu olmayan ağır depresif vakasının ya da distiminin tedavisi için BDT'ye

ağırlık veren ilk kısa vadeli tedavi planının birçok eleştirmen tarafından kabul edilebilir olduğunu deneyimlerimden biliyorum.

BDT masrafının geri ödemesi hakkındaki en büyük gerilim, terapi sürecinin uzunluğu üzerine yapılan görüşmeleri ilgilendirmektedir. Bazı sağlık yönetimi eleştirmenleri, hasta hızlı bir şekilde iyileşiyorsa, ki bu sadece on ya da sekiz, belki altı seanstan sonradır, erken bir bitiş tarihi üzerinde ısrarcı olurlar. Grubumuzun çalışmasında, bitiş süresinden önce, sekiz haftada tam bir iyileşme gösteren hastalar, ilk yılda yalnızca yüzde 10'luk bir nüksetme oranı yaşadılar. Aksine, terapinin bitiş tarihinden önceki sekiz haftalık sürede iyileşme kaydedemeyen hastaların, aynı müddette yüzde 50'den fazla nüksetme oranı yaşadıkları görülmüştür. Bu yüzden, tedavinin faydalarını pekiştirmek ve bitiş süresine hazırlamak için, tedaviye kısmen yanıt veren hastalar için ek seansların haklılığını savunmak önemlidir.



Beck'in BDT modeli, psikotik olmayan ağır depresif rahatsızlıklar için pratik, aktif bir tedavidir. Ayakta tedavi gören depresyonlu hastaların büyük çoğunluğu, uygun şekilde eğitimli ve deneyimli terapistin uyguladığı on iki-on altı haftalık terapiye yanıt vereceklerdir. Tedavi birçok hasta için, sürekli profilaksi ile sonuçlanabilir. Her ne kadar BDT'nin, diğer yetenekli̇ce uygulanan tedavi seçeneklerinden daha üstün olduğu ikna edici şekilde gösterilmemiş olsa da, güvenilirliği (hem klinik hem de deneysel açıdan) günümüz ruh sağlığı bakımında yerini almasında yardımcı olmuştur. O halde, BDT'ye uygun bir hastanız olduğunda—özellikle de ev ödevleri ve gerçek uygulamalarla desteklenen, yapısal, psikoeğitsel bir terapi yaklaşımından hoşlanabilecek olan—depresyonu için BDT en uygun tedavi şekli olabilir.

İLGİLİ KAYNAKLAR

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.

Beck, A. T., & Greenburg, R. L. (1974). *Coping with depression.* New York: Institute for Rational Living.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. E, & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press.

Burns, D. (1980). *Feeling good: The new mood therapy.* New York: Morrow.

Burns, D., Rude, S. T., Simons, A., & Thase, M. E. (1994). Does learned resourcefulness predict the response to cognitive behavioral therapy for depression? *Cognitive Therapy and Research,* 18, 277-291.

Depression Guideline Panel. (1993). *Depression in primary care: Vol. 2. Treatment of major depression, clinical practice guideline number 5* (Publication No. 93-0551). Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research.

Dobson, K. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 57, 414-419.

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. E, Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness treat-ments. *Archives of General Psychiatry,* 46, 971-982.

Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle Stuart.

Evans, M. D., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J., & Tuason, V. B. (1992). Differential relapse following cog-nitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psy-chiatry,* 49, 802-808.

Ferster, C. B. (1967). Animal behavior and mental illness. *Psychological Record,* 16, 345-356.

Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiemer, J. J., Garvey, J. G., Grove, W. M., & Tuason, V. B. (1992). Cognitive-therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry,* 49, 774-781.

Howell, J. R., & Thase, M. E. (1991). Beating the blues: Recovery from depression. In D. C. Daley (Ed.), *Insight to recovery: A practical workbook series for mental health disorders* (pp. 1-27). Skokie, IL: G. T. Rogers.

Persons, J. B. (1989). *Cognitive therapy in practice: A case formulation approach*. New York: W. W. Norton.

Scott, A. I. K, & Freeman, C. P. L. (1992). Edinburgh Primary Care Depression Study: Treatment outcome, patient satisfaction, and cost after 16 weeks. *British Medical Journal*, 304, 883-887.

Simons, A. D., Lustman, P. J., Wetzel, R. D., & Murphy, G. E. (1985). Predicting response to cognitive therapy of depression: The role of learned resourcefulness. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 79-89.

Stuart, S., & Thase, M. E. (1994). Inpatient applications of cognitive behavior therapy: A review of recent developments. Journal of Psychotherapy Practice and Research. 3, 284-299.

Thase, M. E. (1992). Transition and aftercare. In J. H. Wright, M. E. Thase, A. T. Beck, & J. W. Ludgate (Eds.), *Cognitive therapy with inpatients: Devel-oping a cognitive milieu* (pp. 414-435). New York: Guilford Press.

Thase, M. E. (1993). Inpatient cognitive behavior therapy of depression. In E. Leibenluit, A. Tasman, & S. A. Green (Eds.), *Less time to do more: Psychotherapy on the short-term inpatient unit* (pp. 1 1 1-140). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Thase, M. E., & Beck, A. T. (1992). An overview of cognitive therapy. In J. H. Wright, M. E. Thase, A. T. Beck, & J. W. Lidgate (Eds.), *Cognitive ther-apy with inpatients: Developing a cognitive milieu* (pp. 414-435). New York: Guilford Press.

Thase, M. E., Reynolds, C. F III, Frank, E., Simons, A. D., Garamoni, G. D., McGeary, J., Harden. T., Fasiczka, A. L., & Cahalane, J. F (1994). Response to cognitive behavior therapy in chronic depression, *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3, 204-214.

Thase, M. E., Simons, A. D., Cahalane, J., McGeary, J., & Harden, T. (1991). Severity of depression and response to cognitive behavior therapy, *American Journal of Psychiatry*, 148, 784-789.

Thase, M. E., Simons, A. D., McGeary, J., Cahalane, J. F, Hughes, C., Harden, T, & Friedman, E. (1992). Relapse after cognitive behavior therapy of depression: Potential implications for longer courses of treatment? *American Journal of Psychiatry*, 149, 1046-1052.

Thase, M. E., & Wright, J. H. (1991). Cognitive behavior therapy manual for depressed inpatients: A treatment protocol outline. *Behavior Therapy*, 22, 579-595.

Watkins, J. T., Leber, W. R., Imber, S. D., Collins, J. F, Elkin, I., Pilkonis, P. A., Sotsky, S. M., Shea, M. T, & Glass, D. R. (1993). Temporal course of change of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 858-864.

Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114, 248-265.

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.

Wright, J. H., Thase, M.E., Beck, A.T., & Ludgate, J. W. (Eds.). (1992). *Cognitive theraphy with inpatients: Developing a cognitive milieu.* New York: Guilford Press.

3. BÖLÜM

KİŞİLER ARASI PSİKOTERAPİ

Holly A. Swartz and John C. Markowitz

Depresyondan şikayet eden bir hasta ofise geldiğinde, hastanın semptomlarını sormanın yanı sıra, depresif vakaya neden olan yaşam olayları hakkında soru sormak genellikle ikinci aşamadır. Eldeki bu bilgilerle, "İşinizi kaybettikten sonra depresyona girmişsiniz. Bu iki olay muhtemelen birbiriyle alakalı," tarzında bir açıklama sunarak, depresyonu kendimiz ve hastalarımız için anlamlı hale getiririz. Ruhsal durumu çevresel stresle birleştirmek, deneysel çalışmalarda geçerli ve doğru olmasının yanı sıra, hem klinik uzmanları olarak bizim hem de hastalarımızın depresyonu anlamasında kabul edilebilir bir yoldur.

Kişiler Arası Psikoterapi (KPT), hastanın kişiler arası sorunları ile depresif semptomları arasındaki ilişkiye odaklanan bir psikoterapötik tekniktir. Kişiler arası olaylar (örneğin, evlilik çatışması, yeni bir iş, eşin vefatı) ve depresyon arasındaki, klinik açıdan ilintili ve deneysel açıdan da kanıtlanmış bağın çerçevesinde yapılandırılan KPT'nin, hem sezgisel olarak cazip hem de olağanüstü şekilde etkili olduğunu gördük. Net olarak belirtilmiş tedavi hedefleri, belirlenmiş tedavi süresi ve klinik çalışmalardaki mükemmel deneyimi ile KPT, klinik,

özel uygulama ya da sağlık sistemi çerçevesindeki geniş çaptaki depresyonlu hastalar için yararlı bir tedavi seçeneğidir.

KİŞİLER ARASI PSİKOTERAPİ (KPT) NEDİR?

KPT, 1970'lerde Gerald L. Klerman, M.D. ve Myrna M. Weissman, Ph.D. tarafından bulunmuş, sistemli, kısa süreli bir psikoterapidir. Başlangıçta ayakta tedavi gören orta şiddetteki depresyonlu hastaların tedavisi için geliştirilmiş; fakat sonrasında birçok geniş kontrollü klinik çalışmada da etkililiğini kanıtlamıştır. Son on yılda araştırmacılar, bulimia, geç yaşam depresyonu, distimi ve HIV pozitif kişilerdeki depresyonun da dahil olduğu diğer birçok klinik sendromun tedavisi için tekniği genişletmiş ve uyarlamışlardır.

KPT, bilişsel terapinin (depresyonla ilişkili otomatik negatif düşüncelere odaklanan) ya da psikodinamik psikoterapinin aksine (altta yatan bilinçdışı istek ve çatışmalara odaklanan) *güncel* kişiler arası sorunlara odaklanır. Hastanın, tedavisi mümkün olan bir hastalıktan (depresyon) ıstırap çektiğine dair bilgilendirildiği bir "tıbbi model" kullanır. KPT'nin hastaya açıkça sunulan önermesi; güncel kişiler arası problemler üzerinde çalışarak, hastanın hem kişiler arası ikilemini çözeceği hem de depresyonunu tedavi edeceğidir.

KPT'nin teknikleri ve müdahaleleri, bir el kitabı şeklinde yayınlanmıştır. Terapistler, el kitabından yararlanarak ve videoya alınmış tedavi seanslarını düzenli bir şekilde takip ederek, depresyonlu hastaları tedavi etmek için tutarlı, spesifik bir yaklaşımı izlemeleri yönünde eğitilmektedirler. Böylece klinik çalışmalarda terapistler arasında güvenilirlik de sağlanmış olmaktadır. KPT öncelikli olarak bir araştırma aracı olarak kullanılsa da, genel klinik uygulamalar için de uyarlanabilir. Şimdiye dek klinik çalışmalarda kullanılmış olduğundan, elde

edilen veriler, KPT'nin işe yaradığını çoktan kanıtlamıştır.

Sonuç olarak, hem kendi araştırmamızdan hem de klinik deneyimlerden, KPT'nin, depresyon ve kişiler arası stres yapıcılar arasındaki sağlam ilişkiden yararlanan, ayakta tedavi gören depresyonlu hastaların tedavisi için etkili ve sistemli bir yaklaşım olduğuna inanıyoruz.

TEORİK GEÇMİŞİ

KPT'nin teorik kökleri, Adolf Meyer ve Harry Stack Sullivan'ın çalışmalarına dayanmaktadır. Meyer, kişinin psikiyatrik semptomlarının, hastanın, çevresine alışmak için sarfettiği çabalardan ortaya çıktığını öne sürmüştür; Sullivan da bu görüşü, kişiler arası ilişkilerin daha genel bir teorisini de içine alacak şekilde genişletmiştir. 1960'lı ve 1970'li yıllardaki deneysel çalışmalar, Meyer ve Sullivan'ın teorik çalışmasına çeşitli ispatlar getirmiştir. Primatlar arasındaki bağın önemini gösteren etolojistlerin çalışmalarını sürdüren Bowlby, insana ait sosyal dostluk bağlarının önemini vurgulamıştır. 1970'li yıllardaki kadınlara yönelik çalışmalar, yakın ilişkilerin, yaşamdaki stres yapıcıların neden olduğu depresyona karşı bir koruma sağladığını göstermiştir. Sonraki epidemiyolojik çalışmalar, evlilik tartışmaları ve ağır depresyon arasında pozitif bir ilişki olduğunu gözler önüne sermiştir.

"ŞİMDİ VE BURADA" TEDAVİSİ

KPT, bir "şimdi ve burada" tedavisidir. Bunun aksine, psikanaliz ve psikodinamik psikoterapi gibi terapiler, erken gelişimde ortaya çıkan temel çatışmaların göstergesi niteliğindeki semptomları kavramsallaştıran, "orada-o zaman" tedavisine odaklanırlar.

KPT ile, hasta ve terapist, *güncel* depresif vakayla ilişkili olan kişiler arası sorunları daha net bir biçimde saptar ve *bu-*

günkü probleme uygulanabilecek onarıcı stratejiler bulmak için beraber çalışırlar. Tedavi, karakteri değiştirmek ya da kişiler arası sorunun genetik evrimini anlamak için uğraşmaz; yeni problemleri hedef alır ve pratik çözümler arar.

Örneğin, 23 yaşındaki bekar, üniversite öğrencisi Bayan A., kırık notlarla geçtiği bir yarıyıldan sonra ağır depresyona girmişti (Not: tüm vaka materyali, hastalarımızın kimliğini korumak için değiştirilmiştir). Bayan A. önceki yaz, ilişkilerini ders yılının başında bitiren yaşça büyük bir profesörle cinsel yönden ilişkiye girmişti. O zamandan beri aklı başka yerdeydi ve okul ödevini tamamlayamamıştı. Bir ay zaman geçtikten sonra, Bayan A.'da uyku problemleri başlamış ve beş kilo kaybetmişti. Kendini "aşkta ve işte başarısız" olarak görmeye ve "sonsuza dek yalnız kalmayı hak ettiğine" inanmaya başlamıştı.

Bayan A., fakir bir şehirli ailede büyümüştü. Çocukluğunun ve ergenliğinin büyük bölümünde babası hapisteydi. Annesi, sosyal yardım çekleriyle ona ve dört kardeşine bakmıştı. Doğuştan yüksek zekalı bir çocuk olarak, okulunu ve akademik yeteneklerini, aile hayatının kaosuyla ve duygusal kargaşasıyla başa çıkma aracı olarak kullanmıştı.

Bu noktada, herhangi birisi, bu vakaya çeşitli şekillerde yaklaşmayı düşünebilirdi. Psikodinamik yönelimli bir tedavi, Bayan A.'nın dikkatsiz, yaşça büyük bir profesörle ilgilenmesini, hapisteki ulaşamadığı babası için beslediği kararsız ve karışık duygularının bir kanıtı olarak ileri sürebilirdi. Bayan A., daha sonra, profesörü seçmesinin bilinçaltı nedenini derinlemesine anlamasını sağlayacak uzun yıllar süren araştırmacı bir tedaviye başlayabilirdi. Ya da, bilişsel modelde çalışılarak Bayan A.'nın düşünceleri ve ruh hali arasındaki ilişkiyi anlamak için negatif otomatik düşüncelerini ("sonsuza dek yalnız kalmayı hak ediyorum" gibi) incelemek yoluna gidilebilirdi. Alternatif olarak, bir psikofarmakolojist, antidepresan kullanmayı seçebilirdi (destekleyici psikoterapi ile ya da o olmadan).

Bu yaklaşımların hiçbiri, tabiatları gereği "yanlış" değil. Daha ziyade her tedavi, hastaya, farklı olası yararlar ve masraflar sunuyor. Psikodinamik yönelimli tedavi birkaç yıl sürebilir fakat hastaya, erkeklerle olan sorunlu ilişkilerinin ve eksik yönlerini okulda başarılı olarak telafi etmek için ortaya çıkan güdünün kökenini daha iyi anlamasında bir fırsat sunacaktır. Bayan A.'nın depresyonunu kendine özgü biçimde tedavi edecek olan bilişsel terapi, zekası ile dikkat çeken bu hastaya cazip gelebilir ve ayrıca tedavi yaklaşımı olarak önerilebilir. Antidepresan tedavileri, depresyon için mükemmel, hızlı bir tedavi sunarlar fakat beraberlerinde, rahatsız edici yan etkilerin riskini de taşırlar ve kişiler arası problemlere doğrudan hitap etmezler. Tıbbi tedaviyi, psikoterapinin etkisini artırmak için kullanmak, tek bir tedavi şekline nazaran bazı avantajlar sunabilir; fakat aynı zamanda hastayı, her iki tedavi şeklinin risklerine de maruz bırakır. Kapsamlı bir değerlendirmeden sonra, Bayan A.'nın ve terapistinin seçenekleri dikkatlice incelemesi önemlidir.

Bu vakada, Bayan A.'nın net tercihleri ve endişeleri vardı: Okulun sağlık sistemi ayakta tedavi edilen hastalar için sadece yirmi görüşmeyi karşılıyordu; bu nedenle Bayan A., daha uzun bir tedavi sürecini üstlenemedi. Ayrıca, tıbbi tedaviye karşı aşırı hassaslığı nedeniyle, farmakolojik olmayan müdahaleleri tercih etti. Bunun yanı sıra, son ilişkisi yüzünden üzgündü ve sorunun psikoterapide ele alınmasını istedi. Bayan A.'ya konulan teşhisin bildirildiği terapist, depresyonunun yakın zamandaki bir kişiler arası rol çatışmasının bağlamında (profesörle olan sorunlu ilişkisi) ortaya çıktığını onaylayarak özellikle antidepresan tedavisini tercih etti ve bu nedenle de, kişiler arası ilişkilere odaklanan, kısa süreli, antidepresan psikoterapisi olan KPT'yi önerdi.

İşte daha sonra neler olduğu: Bayan A.'nın terapisti, onu, profesörle olan ilişkisi hakkındaki beklentilerini, isteklerini ve

duygularını anlatması için teşvik etti. Bayan A.'nın hayal kırıklığının, ilişkilerinin süreceğine dair beklentisinden kaynaklandığı netleşti çünkü o bu beklentideyken, profesör ilişkilerini sadece bir "yaz aşkı" olarak görmüştü. Profesörle yüzleşmesi için cesaretlendirilen Bayan A., ilişkilerinde karşılanmayan beklentileri hakkındaki hayal kırıklığını sözlü ifade edebildi. Bayan A. ile profesörün, farklılıklarını uzlaştıramayacakları netleştiğinde, terapist, Bayan A.'nın ilişkinin bitişine üzülmesini sağlayarak yardımcı oldu. Bayan A., diğer öğrencilerle kaynaşmasını sağlayan etkinliklere aktif olarak katılarak, sonrasında kendine daha uygun bir erkek arkadaş bulabildi. Ayrıca, üniversitedeki sosyal destek ağını genişletti. Depresif semptomları ortadan kalktığı için de notları her zamanki mükemmel seviyesine geri döndü.

KPT tedavisinde Bayan A., güncel kişiler arası ilişkilerine odaklanması için teşvik edildi. Özellikle, profesörle olan ilişkisinin karşılıksız ve düş kırıklığına uğratan yönlerine odaklanılarak sonunda onunla tüm bunlar hakkında yüzleşmesi sağlandı. İlişkilerinin çözümlenemeyeceğini gördüğünden, yaşıtlarıyla (profesörlerden ziyade) daha fazla kaynaşıp sosyalleşmesi için cesaretlendirildi ve yakındaki bir okula devam eden bir erkekle yeni bir ilişkiye başladı. Güncel kişiler arası ilişkilerinin doğasını ve kapsamını değiştirmek için aktif tercihler yaptığından, Bayan A.'nın semptomları da ortadan kalktı.

KPT (KİŞİLER ARASI PSİKOTERAPİ) TERAPİSTİ

KPT terapistleri genellikle, bu tedavi yaklaşımında daha fazla uzmanlık kazanan deneyimli psikiyatristler, psikiyatrik sosyal hizmet uzmanları, psikologlar, terapistler ve hemşirelerdir. Mecburen depresyonun işaretlerine, semptomlarına ve tedavisine aşinadırlar ve çoğunlukla, destekleyici psikoterapi ya da

içgörü-yönelimli tedavi gibi farklı bir psikoterapi çeşidine yönelik de eğitim almışlardır.

Şimdiye kadar birçok KPT terapisti, denetlenmiş video çekimli vakaların kullanımıyla KPT alanında eğitilmiştir. Yakın zamana kadar bu eğitim sadece tedavi protokollerindeki hastaları tedavi eden terapistler için mümkündü. Ancak, geçtiğimiz yıllarda, Amerikan Psikiyatri Derneği'nin ve bazı başka yerlerin yıllık toplantısında, psikiyatrik klinik uzmanlarına da eğitim kursları teklif edilmiştir. Eğitim programları ayrıca Cornell Üniversitesi Tıp Merkezi ve Pittsburgh Üniversitesi'nde de mevcuttur.

Geleneksel psikanalistin "tarafsız" duruşunun aksine KPT terapisti hastaya karşı sıcak, karşılıklı, destekleyici bir pozisyon üstlenir ve sık sık tavsiyelerde bulunup, kimi zaman doğrudan öneriler bile sunar. KPT terapisti, futbol takımlarının amigolarına benzer: Gözle görülür, istekli, ve oyunun dışında kalmasına rağmen olayın bilincinde.

Terapist, tedavinin parametrelerini korumakla sorumludur. Süre sınırlı bir tedaviye başlamak için (normalde on altı hafta süren haftalık görüşme) hastayla anlaşır. Hastayı tamamen değerlendirdikten sonra depresyonu teşhis eder, dört kişiler arası problem alanından biriyle eşleştirir—hüzün, rol çatışması, rol değişimi ya da kişiler arası kusurlar—ve belirlenmiş problem alanında çalışmak için hastayla plan yapar. Terapist ayrıca, ücretleri, programı ve kaçırılan randevuların telafilerini görüşüp konuşmakla da sorumludur.

KPT HASTASI

Bir hastanın KPT tedavisine uygun olması için, depresif bozukluk tanı kriterlerini karşılaması, ayakta durabilmesi (hem fiziksel açıdan seanslara gelebilmeli hem de acil hastaneye yatırılma ihtiyacı olmamalı) ve tedavinin parametrelerini onay-

laması gerekir (haftalık seanslar, uygun ücret, süre sınırlı tedavi). Hasta tedaviyi onaylar onaylamaz, hastalığı ve tedavisi, bir "tıbbi model" kullanılarak kavramlaştırılır. Hastaya resmi olarak majör depresyon teşhisi konur ve yararlarla sorumlulukları da beraberinde getiren "hasta rolü" verilir. Hasta rolünde hastaların görevi, daha iyi olmaları için gereken tüm adımları atmalarıdır. Normalde bu rol, hastaya çok büyük bir ilk yardım sağlar.

Hasta olmanın sonucu olarak, bazı bunaltıcı sosyal yükümlülüklerden muaf tutulan hasta, sağlığının iyileşmesinde aktif rol almaya zorlanır. Bu yeni zorunluluklar; randevulara gelmeyi, belirlenmiş kişiler arası problem alanında açıkça çalışmayı ve tedavi sürecine aktif şekilde katılmayı içerir. Hasta ayrıca, sosyalleşmeye ve ev dışı etkinliklere katılmaya zaman ayırması için de teşvik edilir. Her ne kadar bu talimatlar, zaten kötümser olan hastada daha fazla moral bozukluğuna yol açmaması için tedbir niteliğinde verilse de (hastayı çok fazla zorlayarak), sosyalleştirme, hem tedavi için malzeme üretmek hem de hastaya kendini daha yetenekli böylece de daha az depresyonlu hissetmesinde yardım etmek için önemlidir.

HIV virüslü hastaların KPT için mükemmel adaylar oldukları görülmüştür. Eskiden, araştırmacılar, ortalama ömürlerinin azaldığı ve HIV virüsünün depresyona girmek için "iyi bir sebep" olduğu söylenilen HIV pozitif hastaların kısa süreli bir tedaviden hiçbir yarar göremeyeceklerini düşünüyorlardı. Aksine, Markowitz ve meslektaşları, bu kişilerin, kısalmış yaşam ömrüyle karşı karşıya olmalarından ötürü, kısa bir tedavi süresince yaşamlarında radikal değişiklikler yapmak için çok motive olduklarını ve semptomlarının da önemli ölçüde tedaviye yanıt verdiğini görmüştür.

Hastalarımızdan biri olan Bay B., KPT'nin sunduğu umut verici ve yapısal sistemden büyük oranda yarar görmüştü. 54 yaşındaki restoran sahibi Bay B., bir ekonomik kriz zamanın-

da işini kaybettikten sonra depresyona girmişti. Ardından, erişkin hayatında ilk defa bir amire hesap vereceği başka bir restoranda yönetici olarak işe alınmıştı. Patronunu eleştirici ve talepkar buluyordu, ve çok geçmeden işe gitmekten korkar olmuştu. Daha fazla depresyona girdikçe, uykusundaki ve konsantrasyonundaki azalma iş performansını etkilemeye ve dolayısıyla işvereniyle arasındaki ilişkiyi daha da kötü yapmaya başlamıştı. Bay B.'nin semptomları, her gün sabah üçte uyanmasına, yemeğe karşı tüm isteğini yitirmesine ve "düşüşünden kendisinin sorumlu olduğuna" inanmaya başlamasına kadar ilerlemişti. Hamilton Depresyon Ölçeği puanı, Bay B.'nin orta düzeyde depresyonlu olduğunu göstermişti.

KPT'de, semptomlarının tıbbi bir hastalığa (majör depresyon) atfolunabilir olduğunu öğrenerek rahatlayan Bay B., zamanının bir bölümünü tıbbi problemiyle uğraşmak için ayırdı. Terapistiyle çalışarak, rol değişimine yönelik sorunlar yaşadığını anladı. İşini kaybetmesiyle ve işçi statüsü rolüne geçmesiyle ilgili duygularını ifade ettikçe, kendini artık toplumun yararlı ve üretken bir üyesi olarak görmediğinin farkına vardı. Terapisti tarafından teşvik edilen Bay B., başarısız olan bir aşevi projesini yeniden canlandırmak için restoran yönetimindeki uzmanlığını kullanarak, yerel bir Erkekler Kulübü'ne bağlılığını derinleştirmeye karar verdi. Kendini tekrar yararlı ve değerli hisseden Bay B., kendisi için belirlediği hedefleri terapistiyle birlikte gözden geçirmeye başladı. Kısa vadede, işine geri dönmesi gerektiğine karar vererek, patronuyla bir görüşme ayarladı ve daha dostça bir iş ilişkisi üzerine görüştü. İşini küçük düşürücü bulmaya devam etse de, Erkekler Kulübü'ndeki deneyimlerinde bu duygusunu telafi edecek memnuniyet bulabiliyordu. Tedavinin sonuna doğru, kamu sektöründe tam zamanlı çalışmak için restoran işinden ayrılma olasılığı üzerine düşünmeye başlamıştı.

Hasta rolü verilen Bay B., hastalığı nedeniyle işinden bir

süre ayrı kalmıştı fakat bunun karşılığında kendisinden tedavi sürecine katılması beklenmişti. Bu vakada, Bay B., gururunu tamir edecek ve ona tekrar sorumluluk yükleyecek gönüllü bir projeyle ilgilenmesi için cesaretlendirilmişti. Yeteneklerinin Erkekler Kulübü'nde takdir edilmesi ona, patronuyla arasındaki farklılıkları çözmesi ve kariyer hedeflerini aktif şekilde yeniden değerlendirmesi için cesaret vermişti. KPT ile on altı haftalık bir tedaviden sonra, Bay B. kendini hem daha az depresyonlu hissediyordu hem de hayattaki gayelerini daha iyi anlamıştı.

TEDAVİNİN İLK AŞAMASI

Üç seansa kadar sürebilecek olan tedavinin ilk aşaması, hastayı değerlendirmeye, depresyonu teşhis etmeye, tedavi çerçevesini oluşturmaya ve umut telkin etmeye adanır.

Hastanın değerlendirilmesi ve teşhis edilmesi; işaretlerin, semptomların, psikiyatrik geçmişin, aile geçmişinin, tıbbi geçmişin ve güncel ruh halinin tam bir değerlendirmesini içerir. Hastanın bu tam teşekküllü "tıbbi" değerlendirmesine ek olarak, KPT terapisti ayrıca, kişiler arası envanter de tutar. Kişiler arası envanter, geçmişteki ve şu anki önemli ilişkilerin gözden geçirilmesinden, ilişkilerdeki biçimlerin tarihçesinden, ana ilişkilerdeki son değişikliklerden ve güncel ilişkilerdeki karşılıksız beklentilerden oluşur. Hastayla birlikte terapist, her ilişkinin önemini değerlendirir, tatmin eden ve etmeyen yönlerini belirler ve hastanın ilişki süresince değiştirmek isteyebileceği bu alanları hedef alır. Tedavideki bu önemli ilk adım, terapiste hem depresyonu teşhis etmesine hem de tedavinin odak noktası olarak hizmet edecek *kişiler arası problem alanını* belirlemesine olanak tanır.

Terapist, teşhisi ve kişisel problem alanını (hüzün, rol çatışması, rol değişimi ya da kişiler arası kusurlar) tedavinin çerçevesini oluşturmak için kullanır. Hastaya, tıbbi bir rahatsızlı-

ğı. depresyonu olduğu açıkça bildirilir ve böylece *hasta rolü* verilir. Terapist daha sonra hastaya *bir kişiler arası tespit* sunar: Bir taraftan kesin sebebiyet belirten cümlelerden kaçınırken, diğer taraftan depresyonun psikolojik ve fiziksel semptomların birlikteliğinden oluşan tıbbi bir rahatsızlık olduğunu vurgulayarak, hastanın güncel kişiler arası problem alanını depresyonla bağlantılandırır ve KPT'yi hem depresyon hem de kişiler arası problem için güçlü bir tedavi olarak önerir. Terapist ayrıca, hastayı bir rahatsızlığı olduğuna ikna etmesinde yardımcı olacak, dışarıdan ispat yöntemleri de kullanabilir (örneğin, *DSM-IV* tanı kriterleri listesi ya da Hamilton Depresyon Değerlendirme Ölçeği).

Örneğin, Bay B.'nin vakasında, aşağıdaki kişiler arası tespit önerilebilir:

> İyi uyuyamıyor ve yemek yiyemiyor olmanızın nedeni, depresyonda olmanızdır. Depresyon, Amerikalıların nerdeyse yüzde 10'unu etkileyen tıbbi bir hastalıktır. İyi haber, depresyonun kesinlikle tedavi edilebiliyor olmasıdır. Doktorlar depresyonun, sizin yakın zamanda yeni işinizde yaşadığınız zorluklar gibi, kişiler arası streslerle alakalı olduğunu düşünüyor. Biz buna rol değişimi diyoruz. İyileşmek için işinizden bir süre ayrı kalmak zorunda olsanız da, psikoterapi ile tekrar kendiniz gibi hissetmeye başlayacağınıza inanıyorum. KPT, nasıl hissettiğiniz ile hayatınızda olanlar arasında bir ilişki kurmanıza yardım ederek işe yarar. Örneğin; patronunuzla olan problemleriniz ve kendi işinizi tekrar kurma arzunuz gibi. Sonraki on altı hafta boyunca, bu durumla nasıl daha iyi baş edeceğinizi anlamanıza yardım etmek için görüşeceğiz. Bunun kendinizi daha iyi hissetmenizi ve kişiler arası rol değişiminizi çözümlemenizi sağlayacağını umuyorum.

Kişiler arası tespiti açıkladığınız gibi, en iyi psikoterapötik tedavilerde yaygın olan temel öğelerin bazılarını da çalışmanızda uygulamalısınız: (1) uzmanlık ve anlayış sunmak, (2)

depresyon hakkında psikoeğitime başlamak ve (3) umut aşılamak. Terapist ve hasta tespit üzerinde anlaştığında ve tedavinin pratik yönleri kararlaştırıldığında (tedavinin uzunluğu, ücretler, program), tedavinin bir sonraki aşaması başlar.

TEDAVİNİN ORTA AŞAMASI

Orta seanslar boyunca (yaklaşık dört–on üç arası seanslar) hasta ve terapist, kişiler arası ilişkilerde değişiklik sağlamak için, belirlenmiş problem alanına odaklanır. Aşağıdaki bölümde, dört KPT problem alanının hedeflerini ve her biriyle başa çıkmak için gerekli stratejileri açıklıyor ve özetliyoruz. Bu teknikler, okuyucunun KPT'yi daha kapsamlı öğrenmesi için hazırlanan orjinal el kitabında ayrıntılarıyla tamamen anlatılmıştır.

Hüzün

Sevilen birinin vefatı normalde, üzüntü, uykusuzluk ve yeme bozukluklarını içeren birtakım kısa süreli semptomlara yol açar. Bu olağan tepki *basit yas* olarak adlandırılır ve psikiyatrik bir rahatsızlık değildir, nitekim böylesi bir müdahale gerektirmez. Buna rağmen bazı kişiler, normal semptomlar göstererek yas tutamazlar ve *travmatik yas* olarak görülen ağır bir depresif rahatsızlığın çıkmasına sebep olurlar.

Travmatik yas vakalarında KPT'nin hedefi, bir taraftan uygun şekilde yas tutması, diğer taraftan da yavaş yavaş, kaybedilenin yerini tutacak yeni etkinlikler ve ilişkiler geliştirmesi için hastaya yardımcı olmaktır. Hasta, depresif semptomları gözden geçirmeye ve depresyonun çıkışını sevdiği kişinin ölümüyle ilişkilendirmeye teşvik edilir. Terapistle birlikte, vefat etmiş kişiyle olan ilişkilerinin pozitif ve negatif yönlerini gözden geçirir, ölümden önceki, ölüm esnasındaki ve sonrasındaki olayları ve duygularını anlatır. Bu süreç, yas tutmanın

önemli bir parçası olan duygu azalmasını (boşalmayı) kolaylaştırır. Terapist bazen hastaya, boşalıp rahatlamasına daha da yardımcı olması için fotoğraf albümlerine ya da evde çekilmiş videolara bakmak gibi etkinlikler önerecektir. Terapist ve hasta daha sonra, hastanın diğer insanlarla daha aktif şekilde kaynaşmasını ve kaybedilen kişinin yerine koyabileceği birşeyler bulmasını sağlayacak yollar düşünürler. Bu iş, organize olmuş bazı gruplara katılmayı (kiliseler, destekleyici gruplar, spor takımları), varolan destek ağındaki ilişkileri geliştirmeyi ya da yeni ilişkiler kurmayı içerebilir.

Problemi travmatik yas olarak tespit edilmiş Bayan C., KPT'nin hüzün çalışmasından oldukça yarar görmüştü. Bayan C. 42 yaşında beyaz Katolik bir ev hanımıydı. Kocası, prostat kanserine yakalandıktan bir buçuk yıl sonra vefat etmişti. Ölümü, uzun süren bir hastalık dönemini takiben gerçekleşmişti. Kocasının ölümünden sonra, Bayan C. onun öldüğünü kabullenememişti. Mezarlığı ziyaret etmiyor, kocasına ait hiçbir şeye dokunmuyor ve kocasının kemoterapi gördüğü hastaneye gitmekten kaçınıyordu. Önceleri enerjik ve becerikli bir anne olan Bayan C., kızı tıbbi yardım alması için ısrar edene kadar, gittikçe daha uyuşuk ve içine kapanık olmuştu. Değerlendirmede, Bayan C.'nin, önemli nörovejetatif semptomlar yaşadığı görüldü ve Hamilton Depresyon puanı, şiddetli depresyona işaret etti.

Terapistiyle birlikte Bayan C., kocasıyla olan ilişkileri hakkındaki karışık hislerini yeniden inceledi (birçok kez kocasından dayak yemişti) ve kocası metastatik prostat kanserinden yavaş yavaş ölürken onunla meşgul olmanın sinir bozucu detaylarını gözden geçirdi. Terapist, hastaya, kocasının öldüğü hastaneyi ziyaret etmesini, kızıyla beraber mezarlığa gitmesini ve ölen kocasının şahsi eşyalarını sevdiği bir yeğenine vermesini önermişti. Hastanın tüm bunları yapmaya gönüllü olması sürecin işleyişini hızlandırdı. Bayan C., kilisenin hayır

işlerindeki aktif katılımına devam etti ve ailesinin etkinliklerine tekrar katılmaya başladı. Kocasını düşündüğünde kendini üzgün hissetmeye devam etse de, genel ruh hali ve işlevsellik seviyesi normale döndü.

Kişiler Arası Çatışmalar

Her ilişkide zaman zaman hayal kırıklığı ve çatışma yaşanır. Fakat bazı ilişkilerde bu durumlar çözümlenemeyecek boyutlara varıp, işin içindeki kişilerin birini ya da birkaçını zehirlemeye başlar. Depresif semptomlar, bir ilişkideki anlaşmazlıkla bağlantılı olduğunda KPT, problem alanını *kişiler arası rol çatışması* olarak tanımlar.

KPT'nin hedefi; çatışmayı saptamak, değişim için bir strateji planlamak, beklentileri ve iletişimi değiştirmektir. Tedavi stratejileri; depresif semptomları gözden geçirip rol çatışmasıyla ilişkilendirmeyi, hastanın davranışı sürdürmesindeki rolünü belirlemek için diğer ilişkilerde benzerlikler aramayı ve çatışmada kazanılan gizli menfaatleri incelemeyi içerir. Sonuç olarak terapist, çatışmanın evresini değerlendirmeli ve (1) çözümü kolaylaştırmak için hastayı sakinleştirmeli (eğer görüşmeler yolundaysa), (2) görüşmeyi yeniden başlatmak için eski gönül yaralarını tekrar gündeme getirmeli (eğer ilişki çıkmazdaysa), ya da (3) üzülüp yas tutarken hastaya yardımcı olmalıdır (eğer ilişki açıkça çözümlenemez durumdaysa). Rol çatışması, arkadaşla, eşle, iş arkadaşıyla, anne-babayla, çocukla, ya da herhangi önemli biriyle meydana gelebilir.

Bayan D., kocasıyla bir anlaşmazlık sonrasında depresyona girmiş bir hastanın örneğidir. 28 yaşındaki ev hanımı Bayan D., bir doktorun ofisinde sekreter olarak işe başlamaya hazırlanırken depresif semptomları ortaya çıkmıştı. İki yıl önce kocasıyla evlendiğinden beri, ilk defa çalışmayı düşün-

müştü. Bu işi çok istiyordu çünkü insanlarla beraber olmaktan hoşlanıyordu. Evde gittikçe daha fazla sıkılıyor, rahatsız oluyordu. Halbuki eşi, bu planı onaylamıyor, bunun yerine, Bayan D.'nin evde kalıp çocuklara bakmasını istiyordu. Eşi, bu önerilen iş için daha da kızmaya başladıkça, Bayan D. üzülerek de olsa çalışmayı ertelemeyi kabul etti. Kavgaları geçmişti fakat Bayan D. evde kaldıkça daha öfkeli ve asabi oluyordu. Bunun dışında çok fazla uyuyordu ve aşırı iştahı vardı. Görünüşte tüm belirtiler, atipik depresyon tanı ölçütlerine uyuyordu.

Bayan D.'nin depresyonu, çıkmaza giren bir rol çatışması olarak tespit edildi. Terapistiyle birlikte, kocasının inatçılığına karşı hissettiği öfke ve hüsranın varlığını onayladı; fakat diğer taraftan da tamamiyle ona bağımlı olduğunun ve intikam alma endişesiyle onu hoşnutsuz etmekten de korktuğunun farkına vardı. Terapisti, bir kişiler arası envanter tuttukça, Bayan D. daha önce de benzer kişiler arası olaylar yaşadığını gördü: Önceki erkek arkadaşlarıyla ve gençliğinde flörtlerini çok katı şekilde kontrol eden babasıyla da buna benzer ilişkileri olmuştu.

Terapistinin yardımıyla, Bayan D., ilişkilerindeki ihtiyaçlarını sözlü ifade etmede zorluk yaşadığını ve bunun da kocasıyla başarılı bir şekilde konuşmasını güçleştirdiğini fark etti. İhtiyaçlarını doğrudan kocasına bildirmesi ve tabii onunkileri de daha iyi anlamaya çalışması için teşvik edildi. Bunu yaptıktan sonra, çift, Bayan D.'nin yarım gün işe gitmesi ve çocukları olduğunda işi bırakması hususunda anlaştı. Kocası aynı fikirde olmadığını söylemeyi sürdürse de, Bayan D. işi kabul etti ve çalışmaya başladı. Her ne kadar gösterdiği bu çabanın kocası tarafından tam anlamıyla desteklenmediğine dair üzüntüsünü dile getirmeye devam etse de, yeni sorumluluklarından zevk aldıkça ve özerkliği arttıkça kendini daha az depresyonlu hissetmeye başladı.

Rol Değişimi

İnsanların yaşamında zaman zaman değişiklikler söz konusu olmaktadır: Çocukluktan yetişkinliğe kadar süren rol değişiklikleri. Birçok kişi bu değişimlerle, (örneğin, üniversiteye gitmek, evlenmek, ebeveyn olmak, emekli olmak) açık psikopatoloji sergilemeden başa çıkar. Benzer olarak birçok kişi de, yollarına çıkan en keskin virajları (örneğin, terfi etme, rütbe indirme, fiziksel hastalık, iflas), klinik depresyon semptomları sergilemeden idare eder. Halbuki depresyona eğilimli olan kişilerde bu beklendik ve beklenmedik değişiklikler depresif bir vakanın çıkışını hızlandırabilir

Bu kişilerin tedavisinde KPT'nin hedefi, herhangi bir önemli yaşam değişikliğinin sevilen birinin ölümüyle değil, depresif vakayla ilişkili olduğu yönünde tanımlanan *rol değişimini* saptamaktır. Hasta bu değişiklikleri çoğunlukla "serbest düşüş" olarak yaşadığından, bu kargaşayı son derece basit şekilde "bir değişim" olarak etiketlemek terapötik olabilir (Bay. B. ile karşılaştırın). Değişim saptanıp etiketlendiği an terapist, hastaya, pozitif ve negatif yönlerinin farkında olduğu eski rolünü yitirişinin yasını tutmasında ve yeni rolünün pozitif ve negatif yönlerini keşfetmesinde yardım eder. Ayrıca, yeni rolünün doğmakta olan hakimiyetini kabul edip, özsaygısını güçlendirmesinde de yardımcı olur.

Bu hedefleri gerçekleştirme stratejileri; depresif semptomları meydana gelen değişikliklerle ilişkilendirmeyi, eski rolün yitirilmesine yönelik duyguları gözden geçirmeyi, yaşanılan duyguyu uygun şekilde ifade etmek için cesaretlendirmeyi, eski ve yeni rollerin olumlu ve olumsuz yanlarını gerçekçi bir tutumla değerlendirmeyi, yeni rolün sunduğu fırsatları keşfetmeyi ve yeni rolün getireceği zorluklarla karşılaşmak için uygun beceriler ve dayanaklar geliştirmeyi teşvik etmeyi kapsar.

22 yaşındaki işsiz, eski üniversite öğrencisi Bay E., üni-

versiteden mezun olurken depresyona girmiş bir hastanın örneğidir. Pastoral danışmana bahsettiği pasif intihar düşüncesinin ardından tedaviye gönderilmişti. New England'da bulunan bir üniversiteden mezun olduktan sonraki yıl, işe giremediğinden ötürü gittikçe daha asabileşmiş ve depresyona girmişti. "Diplomat olmak" ve "Dünya barışına yardım etmek" niyetiyle başarısız şekilde hazırlanmış bir planla New York şehrine geri dönmüştü. Hiçbir geliri olmadığından, küçük bir apartman dairesinde ailesiyle birlikte yaşamak zorunda kalmıştı. Aylar geçtikçe anne-babasıyla olan kavgaları artıyordu çünkü karşısına çıkan iş fırsatlarını "orta sınıf" bulduğundan ötürü sürekli geri çeviriyordu.

Bay E. vakası *rol değişimi* olarak kavramlaştırıldı. Tedavi öncelikle, Bay E.'nin üniversite günlerindeki idealizminin kayboluşunun yasını tutmaya ve beraberinde, Bay E. yi yetişkinliğinde bekleyen birçok olanak hakkında umutlandırmaya odaklandı. Terapist, Bay E'nin sosyal sorumluluk işi üstlenmek istediğini onaylayarak, yeni mezun olmuş biri için böylesi bir işin gerçekleriyle yüzleşmesi için Bay E.'yi cesaretlendirdi. Ayrıca uzun vadeli olan, dünya barışına katkıda bulunma hedefine zamanla ulaşmasını sağlayacak bir plan hazırlamasında da onu teşvik etti. Bay E., ailesiyle olan kavgaları yüzünden gururunun daha da incindiğinin iyice farkına vardığında, yanlarından taşınmasının şart olduğuna karar verdi.

Terapisti tarafından iş olanaklarının listesini genişletmesi istenen Bay E., iki yıl yurt dışında kalmasıyla sonuçlanacak olan Barış Gücü'ne iş başvurusunda bulundu. Her ne kadar birkaç ay Barış Gücü'nde açık bir pozisyon olmasını beklese de, yeni iş umudu ve onun getireceği zorluklar için yapmaya başladığı planlar sayesinde, ruh hali de önemli ölçüde düzeldi. Benzer şekilde, anne ve babasıyla olan ilişkisi de, bu gelişen olaylar çerçevesinde düzene girdi.

Kişiler Arası Kusurlar

Kişiler arası kusurlar kategorisi, dört problem alanından, üstünde en az çalışılanı ve kavramsal olarak en az tanımlananıdır. Ortada depresyonla ilgili hiçbir akut kişiler arası problem olmadığında kullanılır (aksi taktirde, diğer problem alanlarından birini kullanmalıyız) ve kişiler arası ilişkilerin uzun zamandır varolan yetersizliğini kasteder. Kışiler arası ilişkiler kurma yeteneklerine zaman içerisinde müdahale ettiği düşünülen temel karakter patolojilerinden ötürü, normalde bu hastaların tedavi edilmesi daha zordur. Bu tedavinin amacı, hastalara yeni ilişkiler kurmaya çalışarak genel yalnızlıklarını azaltmasında yardımcı olmaktır.

Terapist, depresif semptomları hastanın yalnızlığıyla ilişkilendirme, geçmişteki ilişkileri gözden geçirme ve ilişkilerdeki problem yapılarını arama gibi stratejiler kullanır. Hastanın kişiler arası ilişkileri çok zayıfsa ve seanslarda kullanılabilecek hiçbir malzeme sağlamıyorsa, hastanın, kendisinin tedavi ortamı dışında yaşadığı zorlukları daha iyi anlamak için uğraşan terapisti hakkındaki olumlu ve olumsuz duyguları da incelenebilir.

Bayan F., uzun süredir zayıf kişiler arası ilişkileri olan bir hastanın örneğidir. Aralıklarla çalışan, takı satan ve seslendirmecilik yapan otuz üç yaşındaki bekar Bayan F., "bir iş ve eş bulup hayatını oturtturamadığını" gördükçe son yıllarda kendini üzgün ve endişeli hissettiğini belirtmişti. İlk başta, "bir yığın arkadaşı" olduğunu söylemişti fakat soru sorulmaya devam ettikçe, samimi olmayan tanıdık kişilerle sadece yüzeysel ilişkiler kurduğu ve çocukluğundan beri hiçbir kalıcı arkadaşlığının olmadığı ortaya çıkmıştı.

Bayan F.'nin vakası *kişiler arası kusurlar* olarak tespit edildi ve terapistiyle birlikte, kişiler arası ilişkilerini yeniden düzenlemesi görevine giriştiler. Bayan F., tıpkı ilişkilerinde olduğu gibi, terapistine karşı da güvensizdi ve bu yüzden iyi-

leşmesi gecikiyordu. Oldukça dil döktükten sonra, Bayan F., yerel bir üniversiteye kayıt yaptırdı çünkü şimdiye kadar hep, üniversite eğitimini tamamlamak istemişti. Derslere düzenli devam etti ve kendisi gibi yaşça büyük başka bir öğrenciyle yeni bir ilişki kurdu. Tedavinin sonunda Bayan F.'nin semptomları bir dereceye kadar düzeldi ve Hamilton Depresyon Ölçeği puanı şiddetli seviyeden orta seviyeye indi. Yeni arkadaşından çok memnundu ve terapistine gittikçe daha fazla güveniyordu. Hâlâ işsiz ve açıkçası yalnızdı fakat yine de psikoterapinin devamı için kararlıydı.

Bayan F.'nin vakasından da anlaşıldığı gibi, bu dördüncü problem alanı genellikle, bu grupta hâlâ mevcut olan büyük orandaki patolojiyle ilişkili olduğu düşünülen zayıf prognoza işaret eder. Buna rağmen, tedavide çoğunlukla, semptomların önemli ölçüde azalmasını sağlayan ve kişiler arası ilişkileri geliştiren önemli adımlar atılır. Yine de, mümkün olduğu müddetçe ilk üç problem alanından birini kullanmak daha tercih edilir niteliktedir.

TEDAVİNİN SONU

Son birkaç seans boyunca hasta ve terapist, tedavide gerçekleşen iyileşmeyi gözden geçirir, bitiş tarihini açıkça görüşür ve tedavinin bitişine üzülme sürecini kolaylaştırırlar. Bu durumda, terapist ayrıca, hastanın tedavi ihtiyaçları tam anlamıyla karşılandı mı yoksa tedaviye devam mı edilmeli hususuna da karar vermelidir.

Birçok örnekte KPT, belirlenen süre içerisinde görevini tamamlamış ve tedavi, seansların devam etmesine gerek duyulmadan sonlanmıştır. Bu çoğunluktaki vakalarda, tedavinin bitişi "mezuniyet" olarak düşünülmektedir ve edinilen faydalar fark edilip alkışlanır. Ayrıca, depresyonun işaretleri ile semptomları da gözden geçirilir ve nüksetmeyle başa çıkma strate-

jileri açıkça konuşulur. Kişiler arası problem alanlarının incelenmesi, hastayı kişiler arası zayıf noktalarına karşı uyarır ve hastayla terapistin gelecekte çıkması muhtemel zorlukları tahmin etmesini sağlar. Kanıtlar, KPT'nin etkilerinin tedavinin bitiminden sonra da devam ettiğini ve hastaların bir yıllık izlemde, kişiler arası ilişkilerinde olumlu değişiklikler yapmayı sürdürdüklerini göstermektedir.

Hastanın semptomları tamamen geçmezse, terapist, neyin düzeldiğini ve düzelmediğini gerçekçi şekilde değerlendirmesi için hastaya yardım eder. Normalde, terapist tedavinin devam etmesini önerdiğinde, hastanın düş kırıklığını azaltabilen yararlar sağlanmış olur. Kısmen ya da tamamen başarısız olmuş bir tedavi durumunda, terapist, hastayı farklı bir tedavi seçeneği ile tedavi etmeye devam etmeyi (örneğin, farmakoterapiye başlamak) ya da hastayı bir meslektaşına yönlendirmeyi seçebilir.

Her ne kadar KPT, kısa süreli akut bir terapi olarak geliştirilmiş olsa da, koruyucu tedavi olarak da kullanılmıştır. Bu çalışmalarda KPT, önceden depresyonlu olan kişilerde hastalığın nüksetmesini önlemek için haftalık ya da aylık, tek başına ya da tıbbi tedavi eşliğinde uygulanmıştır. Bu çalışmalar, üç halkalı antidepresanların ve KPT'nin tek başına nüksetme oranlarını azalttığını; fakat ortak tedavinin (tıbbi tedaviyle birlikte KPT) tek başına kullanılan terapilere nazaran büyük olasılıkla daha fazla işe yaradığını öne sürmektedir. On altı haftalık bir KPT sürecini takiben, önceden depresyonlu olan bazı kişiler, koruyucu tedaviye sevk edilmeyi gerektireceklerdir. Genellikle, depresyonu nüksetmiş kişiler KPT'den sonra koruyucu terapiye havale edilmelidir; böylesi bir tekrar yaşamamış, sadece bir kez hastalığa maruz kalmış kişiler ise semptomlar tekrar ortaya çıkmadığı müddetçe seansların devam etmesini gerektirmeyebilir.

Sonuç olarak, tedavinin bu son aşaması terapist için en zor

olan safhadır çünkü hasta özerkliğini kazanıp kendisinden ayrıldığından, terapistin sıradan bir "rol değişimi" geçirmesi gerekir. Bir psikoterapist için psikoterapiyi sonlandırmanın genellikle zor olmasının yanı sıra, kuvvetli, pozitif bir uzlaşma ve kısa süreli tedavide sağlanan çabuk faydalar (özellikle tedavi başarılı olduğunda), KPT terapisti için bu zorlukları daha da güçleştirir. Buna rağmen, terapistin, hastanın bağımsızlığını teşvik etmesi ve terapi sona yaklaştıkça ayrılmaya yönelik çabalarını takdir etmesi son derece gereklidir.

ÖZEL KONULAR

Klinik uzmanı yeni bir tedavi yaklaşımı uygularken genellikle çeşitli konularla karşı karşıya kalır. Bu bölümde, KPT'yi ilk kez kullanan klinik uzmanları için, çıkması olası pratik konuların bazıları ele alınmaktadır.

Tıbbi Tedavi

KPT'yi tıbbi tedaviyle birleştirmenin mümkün olup olmadığını merak edebilirsiniz çünkü birçok depresyonlu hasta psikoterapinin yanı sıra farmakoterapi ile de rutin olarak tedavi edilmektedir. Farmakoterapiyi KPT ile birlikte kullanmanın bilinen hiçbir kontra endikasyonu yoktur. Aslında, "tıbbi model" kullanımı nedeniyle KPT, tıbbi tedavinin eşzamanlı kullanımıyla oldukça uyumludur. Birçok vakada, antidepresanla psikoterapinin birleşimi, orta seviyeden şiddetli seviyeye kadar depresyonlu olan kişilerin tedavi seçeneği olacaktır. Buna rağmen, Ruh Sağlığı Ulusal Enstitüsü Ortak Depresyon Çalışması sonuçları, KPT'nin tek başına on iki haftada depresif semptomları azaltmada imipramin kadar etkili olduğunu ileri sürmektedir. Bu yüzden her hastayı bireysel olarak değerlendirmek, tedavi tercihlerini anlamak ve tedaviyi biçimlendir-

mek önemlidir. Deneyimlerimizde, birçok depresyonlu hasta KPT'nin tek başına kullanımına yanıt vermiştir; buna rağmen, daha yüksek oranda depresyonlu hastalar, hastaneye yatırılmalarını önlemek için aynı zamanda farmakoterapinin de kullanılmasını gerektirebilmektedir.

Farklı Tedaviler

Tek bir tedavi tüm hastalar için uygun değildir. Genellikle, ne kadar fazla teknik bilirseniz, hastanız için tedavi stratejilerinizi biçimlendirmenizde yardımcı olacak o kadar fazla seçeneğiniz olur. KPT en çok, on altı haftalık tedavi sürecinde, depresyonuyla ilgili kişiler arası sorunları üzerinde çalışabilecek ve bu istekte olan depresyonlu hastalar için uygundur.

KPT'yi kullanıp kullanmayacağınıza karar verirken, depresyonun şiddetini göz önünde bulundurmalısınız. Bir taraftan, şiddetli depresyondaki hasta (örneğin, yeteri kadar yemek yemeyi sürdüremeyen, intihar düşüncesi, belirgin psikotik özellikleri olan), yatılı tedaviyi gerektirip ayakta tedavi yöntemlerinden hiçbiri onun için uygun olmazken, diğer taraftan, net bir depresyonu olmayan geleneksel sağlıklı nevrotik hasta, KPT'nin odaklanmış, semptomlara-dayalı yaklaşımına ihtiyaç duymayıp, bunun yerine psikanaliz gibi süresi sınırlanmamış, keşif amaçlı bir psikoterapiyi seçebilir.

KPT'yi tavsiye ederken göz önünde bulundurulması gereken diğer bir önemli husus da; hastanın süre sınırlı bir tedaviden yarar görüp görmeyeceğidir. Birçok vakada, süre sınırlamasının hem terapisti hem de hastayı harekete geçirdiğini ve hastayı çabuk sonuçlara teşvik ettiğini gördük. Bu hızlı, yoğun yaklaşımdan özellikle yararlanabilecek hasta grupları; yaşamı tehdit edici nitelikte hastalığı olan kişiler, işlevselliğini bir an önce tekrar kazanmak için güçlü arzusu olan hastalar, belli bir alanda süre sınırlaması olan hastalar ve kısıtlı finansal kayna-

ğı ya da sigorta teminatı olanlardır. Bu alan üzerinde henüz çok iyi çalışılmış olmasa da, karakter patolojisinin büyüklüğü, hastanın tedaviye bir an önce girişmesini engellediği taktirde, kısa bir psikoterapinin, şiddetli karakter bozukluğu ile eşzamanlı depresyonu olan hastalar için daha az uygun olabileceği düşünülmektedir.

Sonuç olarak, KPT, ilişkileri hakkında sistemli şekilde konuşamayan, bilişsel engelli depresyonlu hastalar için düşünülmemektedir. Bu tarz hastalar tıbbi tedavi eşliğindeki destekleyici bir tedaviye yönlendirilmelidir.

Aktarım

Önceki bölümlerde de bahsedildiği gibi, terapistle hasta arasında sıcak, destekleyici ve çift taraflı bir ilişki vardır. Bir başka teorik açıdan, KPT terapistinin, hiçbir zaman dile getirmediği pozitif bir aktarımın oluşması için uğraştığı ve bu pozitif aktarımdan yararlandığı söylenebilir.

Kişiler arası kusurlarda negatif aktarım, hastanın kişiler arası ilişkilerine özgü bir problemi göstermek için kullananılmadığı müddetçe, KPT'de aktarımdan genellikle bahsedilmez. Böylesi bir durumda da aktarım, kendi başına bir aktarımdan ziyade *kişiler arası* bir mevzu olarak (örneğin, terapistle hasta arasında) görülür.

Sağlık Sistemi

Maliyet yönetimi ve kaynakların dağıtımı hakkındaki ilgi ve önemin artmış olduğu bir çağda, KPT muhtemelen, diğer psikoterapiler arasında, sağlık sigortası şirketlerine en cazip gelecek tek yaklaşımdır. KPT, güncel bir kriz ya da vaka üzerindeki farklı odağı ve belirlenmiş tedavi amaçları ile kısa süreli bir tedavidir.

Belki de en önemlisi, KPT'nin, depresyonlu nüfusa yönelik etkisini araştırma koşulları altında kanıtlamış, sistemli iki psikoterapiden biri olmasıdır (ikincisi de bilişsel davranışsal terapi). Psikoterapinin, kontrollü, randomize klinik çalışmalardaki sağlam verilerle çalıştığına dair inancınızı KPT ile doğrulayabilirsiniz.

Deneyimlerimize göre, KPT etkili, kısa süreli bir depresyon tedavisidir. Hastalarımızın bir taraftan kişiler arası ilişkilerinde önemli pozitif değişiklikler gerçekleştirirken, diğer taraftan da zararlı depresyondan kurtuldukları görülmüştür. Depresyonlu HIV pozitif erkeklere, geleceğe yönelik umutsuz, beklentisiz görüşlerden, ömür boyu süren hayallerini ve hedeflerini yaşatmalarını sağlayan verimli, odaklı etkinliklere yönelmeleri için yardımcı olduk. Bir zamanlar morali bozuk, hareketsiz olan fakat KPT süresince yeni ilişkiler kurup kariyer planları geliştiren kişilerle çalıştık. KPT, hastaların kişiler arası ilişkilerinde büyük oranda denetim alıştırması yapmaları yararını sağlayan mükemmel bir tedavidir.

KPT, psikoterapinin etkisinin detaylı araştırıldığı çalışmalarda önemli bir araştırma aracı olmaya devam etse de, en kısa zamanda özel muayenehanelerde de yerini alacaktır. Araştırma ortamı dışında, KPT'yi geliştirmek ve daha fazla deneyim edinmek için tasarlanan eğitim merkezleri ile, KPT artık genel klinik uzmanları için de mümkün olmaktadır. Güçlü, odaklı, kısa süreli bir psikoterapi olan KPT, ayakta tedavi gören hafif-orta şiddetteki depresyonlu hastaların tedavisi için oldukça yeni ve kesinlikle güçlü bir seçenektir.

NOTLAR

S. 97, *deneysel açıdan da kanıtlanmış bağın*: Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women*. New York: Free Press.

S. 98, *birçok geniş kontrollü klinik çalışma*: Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982; Kupfer, D.J., Frank, E., Perel, J. M., et al. (1992). Three year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099.

S. 98, *diğer birçok klinik sendromun tedavisi*: Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1993). *New applications of interpersonal therapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

S. 98, *KPT'nin teknikleri ve müdahaleleri bir el kitabı şeklinde yayınlanmıştır*: Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

S. *99, Meyer, kişinin psikiyatrik semptomlarının*: Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A science of man*. Spring-field, IL: Charles C. Thomas.

S. 99, *Sullivan bu görüşü genişletti*: Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.

S. 99, *etiolojistlerin çalışmalarını sürdüren Bowlby*: Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*: Vol. 1. Attachment. London: Hogarth Press.

S. 99, *1970'li yıllardaki kadınlara yönelik çalışmalar*: Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression: A study of psychiatric disorders in women*. New York: Free Press.

S. 99, *evlilik tartışmaları ve majör depresyon arasındaki pozitif ilişki*: Weissman, M. M., Klerman, G. L., Paykel, E. S., et al. (1974). Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Archives of General Psychiatry*, 30,771-778.

S. 104, *Hastaya resmi olarak ağır depresyon teşhisi konur*: Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 25, 56-62.

S. 104, *HIV virüslü hastaların*: Markowitz, J. C., Klerman, G. L., & Perry, S. W. (1992). Interpersonal psychotherapy of depressed HIV-seroposi-

tive patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 885-890.

S. 105, *Hamilton Depresyon Ölçeği puanı*: Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 25, 56-62.

S. 107, *DSM-IV tanı kriterleri listesi*: American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

S. 108, *KPT'yi daha kapsamlı öğrenmesi için*: Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

S. 116, *Kanıtlar KPT'nin etkilerinin tedavinin bitiminden sonra da devam ettiğini göstermektedir*: Weissman, M. M., Klerman, G. L., Prusoff, B. A., et al. (1981). Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 38, 52-55.

S. 116, *KPT ayrıca koruyucu tedavi olarak da kullanılmıştır*: Frank, E., Kupfer, D. J., Perel, J. M., et al. (1990). Three year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099; Klerman, G. L., DiMascio, A., Weissman, M. M., et al. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychıatry*, 131, 186-194.

S. 117, *bilinen hiçbir kontra endikasyonu yoktur*: Frank, E., Kupfer, D. J., Perel, J. M., et al. (1990). Three year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099; Manning, D. W., Markowitz, J. C., & Frances, A. J. (1992). A review of combined psy-chotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1, 103-116.

S. 117, *Ruh Sağlığı Ulusal Enstitüsü Ortak Depresyon Çalışması sonuçları*: Elkin, I., Shea, M. T, Watkins, J. T., et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.

4. BÖLÜM

BİREYSEL PSİKOTERAPİ

Jules R. Bemporad

Normal depresyon, en büyük özelliği üzüntü ve umutsuzluk duygusu olan oldukça acı verici bir mental durumdur. Oysa türüne bakılmaksızın klinik depresyon, patolojik etkilerini sadece ruh hali üzerinde göstermez. Kişinin algılayışı değişir; böylece kendini umutsuz ve çaresiz hisseder, özgüven eksikliği yaşar. Ayrıca kişi, kendi kendini cezalandırma isteği duyabilir ya da hayattan kaçma, saklanma ve çoğunlukla, ondan tamamen kurtulma arzusu da gösterebilir.

Depresyonun şekline bağlı olarak vejetatif semptomlar da ortaya çıkabilir. Bazı kişiler enerjilerinin tükendiğini hissedip uyuşuk ve umursamaz görünürler. Yemeğe ve sekse karşı tüm isteklerini yitirir, sabah çok erken uyanıyor olmaktan şikayet ederler. Bazıları ise çok fazla yemek yediğini ve uyuduğunu anlatır. Kimisi de kontrol edilemeyen heyecandan ya da hastalıklı korkulardan ve anksiyeteden dert yanar.

Depresyon, değişik semptomlar gösterebilir ve farklı şiddette ve kroniklikte ortaya çıkabilir. Aslında, birçok kişi, özellikle önemli bir kaybın ya da hayal kırıklığının ardından çıkan aşırı üzüntülü ya da mutsuz olaylar yaşamıştır. Sağlıklı kişiler için bu acı verici olayların etkisi, kişi yeni durumlara alıştık-

ça, oldukça hızlı şekilde ortadan kalkar. 1917'ye kadar uzanan eski tarihlerde Freud'un da belirttiği gibi; yas tutmak, kişinin kendi değerlilik duygusunu etkilemediği için depresyondan ayrılır. Kişi üzüntülüyken, içinde bulunduğu durumdan dolayı umudunu kaybetmiş olabilir ancak yine de kendi benliğinin farkındadır. Depresyondayken ise, kişinin kendisi hakkındaki bu his ve algılamaları çoğunlukla değişir ve dıştaki kayıp, içteki boşluk ya da değersizlik duygusu ile tamamlanır. Depresyonlu kişiler ile yakınını kaybetmiş kişileri karşılaştıran bir çalışma, kesinlikle perişan halde olsa da yas tutan grubun, içinde bulundukları durumu günlük yaşamlarının bir devamı olarak gördüğü, halbuki depresyonlu grubun kendilerine yönelik his ve algılamalarında değişiklikler yaşadığı sonucuna varmıştır.

Bu yüzden depresyon, üzgün bir ruh halinin artışından fazlasıdır. Bilişteki, istemdeki ve fizyolojideki değişiklikleri kapsar. Bunun dışında, yukarıda da bahsedildiği gibi, kişileri değişik şiddette ve kroniklikte etkiler. Bazıları, o anki hal ve durumu ne kadar tatmin edici ya da cezalandırıcı olsa da, her zaman bir bakıma depresyonlu ya da hoşnutsuzdur. Bazıları ise, anlaşılır nitelikteki bir kaybın ya da yaşamlarında anlam ve memnuniyet bulma tarzlarının tersine dönmesinin ardından dayanamazlar. Ve kimisi de, düşük benlik saygısını iyice abartıp açığa çıkartan kuruntuların karmaşıklaştırdığı ve çok küçük tahriklerle nükseden şiddetli depresif reaksiyonlara maruz kalırlar. Bu depresyon şekillerinin her biri, depresyonun çok yönlü rahatsızlığını meydana getiren belirli semptomlar için biçimlendirilmiş bir psikoterapi türünü gerektirir.

Farklı şekillerdeki psikoterapiyi seçmenin arkasında yatan mantığı açıklamak için, aklın bilgisayarla karşılaştırıldığı bir analojiyi kullanmak yardımcı olabilir. Bu analojiye göre, bipolar bozukluğun (çift kutuplu rahatsızlık) parçası olabilen ya da mani vakaları olmadan bile ortaya çıkan bazı psikotik özel-

liklerle beraber şiddetli ve tekrarlayan bir depresyon, bilgisayarın kendi gerçek mekanik (genetik) yapısındaki bazı kusurları gösteriyormuş gibi düşünülebilir. Bu nedenle, klinik uzmanları genellikle; tıbbi tedavi, psikoterapötik tedaviler ve bazen de hastaneye yatırmayı içeren çeşitli ölçümlerle, içte meydana gelen bu hasarı telafi etmeye çalışmalıdır.

Kronik (karakterolojik) olan ve tecrübeleri mantıksız bir şekilde değerlendirmekten kaynaklanıyormuş gibi görünen bu depresyonlar, bir bilgisayarın fabrikadan çıktıktan hemen sonra programlanmasıyla ilgili problemler olarak algılanabilir. Bu tarz durumlarda kişinin biçimlendirici yılları, özellikle kendisinin ve önemli bulduğu diğer kişilerin düşüncelerini göz önünde bulundurarak günlük yaşantılarına anormal bir tutum içerisinde anlam yüklediği yıllardır. *Distimik rahatsızlıklar* olarak adlandırılan bu depresyon şekilleri, psikotik ya da bipolar depresyona özgü göze çarpan kuruntularla ya da vejetatif değişikliklerle ortaya çıkmazlar. Daha ziyade, hastanın günlük hayatına yönelik negatif tepkisini etkileyip güçlendiren ve neredeyse sürekli varolan bir hoşnutsuzluk duygusu gösterirler. Klinik deneyimlerimde, farmakolojik ajanların bu tarz hastalar için her zaman yardımcı olmadığını gördüm ve hatta ne zaman bazı yararları görülse, belirgin yan etkiler kişilerin tıbbi tedaviyi reddetmesine neden olabiliyor.

Psikoterapi çoğunlukla, kronik karakterolojik depresyon için uygulanan bir tedavi seçeneğidir. Bunun nedeni, bu terapötik müdahale şeklinin özellikle, depresyonun çıkmasına neden olan kişinin kendisi ve etrafındaki kişiler hakkındaki mantıksız inançlarını düzeltmeyi amaçlamasıdır. Zaman zaman bu mantık dışı inançlar, terapötik bir durumda terapiste karşı sergilenebilir (aktarım) ya da daha sıklıkla, hastanın duygusal çevresindeki önemli kişilere karşı tanımlanabilir.

Depresif rahatsızlıkların üçüncü şekli olan depresyonlu ruh halindeki uyum bozuklukları, klinik uzmanlar, danışman-

lar ya da terapistler tarafından görülen depresyonlu kişilerin büyük çoğunluğu için bilgi sağlayabilir. Bilgisayar analojisini devam ettirirsek; bu kişilerin bozulmamış mekanik (genetik) yapıları vardır ve oldukça gerçekçi erken programlama (normal çocukluk) yaşayabilecek kadar şanslı olmuşlardır. Böylece yaşantı verileri yeterli ölçüde işlenmiştir. Sorun, bu kişilerin, onlara korkunç gelen bazı tecrübeler yaşamış olmalarıdır. Öyle tecrübeler ki, normal inanç sistemlerine dahil edemezler (bilgisayarlarının normal olarak işleyemediği veriler) ve bu yüzden depresyon ve umutsuzluk duyguları ile geri çekilirler. Presipitan faktörü kişiden kişiye değişir fakat kişinin kendisine ya da yakın çevresine yönelik fikirleri hakkındaki bir miktar kırılganlığıyla birlikte oldukça derinden akseder.

Örneğin, İngiltere'deki depresyonlu kadınlara yönelik bir çalışma, rahatsızlığın "tahrik edici bir olayın" ardından çıktığı sonucuna varmıştır. Yine de bu olay, gerçek bir kaybın ya da mahrumiyetin olmasını gerektirmemiştir; daha ziyade, kişinin mutluluğu için gerekli gördüğü bir idealin ya da düşüncenin kaybıyla da sonuçlanmış olabilir. Araştırmacılar, bir örnek olarak, kocasının birkaç sene önce kendisini aldattığını öğrendikten sonra depresyona giren bir kadının vakasından bahsederler. Bu olayda, kadının dışarıdaki önemi ve kişiler arası yaşamı değişmemiştir; fakat kocası, kendisi ve evlilikleri hakkındaki düşüncesi kesinlikle değişmiştir.

Uyum bozuklukları ayrıca, spesifik bir terapi şekli de gerektirir. İlaçlar çoğunlukla, genel itibariyle sağlıklı olan bu kişilerde yarar göstermezler. Terapinin görevi sadece semptomların kaybolması değil, aynı zamanda kişilerin eski yeterli durumuna geri dönmesi, daha kalıcı bozukluğa doğru giden bu geçici rahatsızlığın şiddetinin azalması ve hastaların, kısa dönemli rahatlama fakat uzun dönemli olumsuz sonuçlar getirebilecek durumlara girişmelerini önlemektir.

Özet olarak, depresyon, değişik klinik sunumları, etiyolo-

jileri ve terapötik gereksinimleri olan farklı rahatsızlıklar spektrumu olarak görülebilir.

PSİKOTERAPÖTİK MÜDAHALE

Depresyon tedavisi için psikoterapiye başlarken akılda tutulması gereken en önemli şey belki de, bir "rahatsızlığı" değil, yaşamının o anında depresyona girmiş bir insanı tedavi ediyor olmaktır. Psikoterapistler olarak, sadece hastalıkları değil, insanları tedavi ediyoruz. Adaptasyonun ve işleyişin önceki düzeyini değerlendirmek için, hastanın tam bir hikâyesine ihtiyaç duyulduğunu gördüm. Ayrıca, iyileşmeyi kolaylaştırabilen ya da geciktirebilen belirli kişisel özellikleri, hastalığın meydana geldiği güncel sosyal çevreyi, presipitan faktörünün doğasını ve önceki psikiyatrik ve fiziksel hastalık vakalarını da değerlendirmeye almak gereklidir. Depresyonlu bir hastanın tüm hal ve durumunu değerlendirmenin önemine dikkati çekmek için aşağıdaki hipotetik örnekleri karşılaştırınız.

Bay A., şirketi tarafından mali bir yeniden yapılanmanın ardından erken emekliliğe zorlandığında depresyona girmiş, orta yaşlı, bekar bir mühendisti. Oldukça yetersiz sosyal desteği ve kısıtlı kişiler arası becerileriyle birlikte tek başına sürdürdüğü bir yaşamı vardı. Hiçbir arkadaşı yoktu, üniversiteyden ara sıra flörtleri olmuştu ve pek yakın olmadığı ailesiyle sadece tatillerde görüşüyordu. Ayrıca, hiçbir hobisi de yoktu ve teknik gazete okumaktan başka, önceki işi dışında hiçbir şeye karşı ilgi duymuyordu. Her zaman "yalnız" olduğunu ve sosyal ortamlarda kendini rahatsız hissettiğini söylemişti. Kendine sakladığı önceki işinde, bir laboratuvarda çalışıyor ve diğer çalışanlarla çok az irtibatta bulunuyordu. İşinin, yaşamına anlam katan tek şey olduğunu düşünüyor ve şu an hayatını bomboş, her türlü tatminden mahrum olarak görüyordu.

Bay A. ayrıca, kendini her zaman bir miktar depresyonlu

hissettiğini fakat işsizliğinden beri umutsuzluk duygusuyla alt üst olduğunu belirtmişti. Tüm bu şikayetlerine ek olarak, sabah dört civarında uyanıyor ve tekrar uyuyamıyor, teknik yayınları okumak için yeteri kadar konsantre olamıyor, eskisi gibi yemek yiyemiyor ve kendini hep yorgun hissediyordu. Bu kısıtlayıcı semptomlar, yeni bir iş aramasını da engelliyordu. İlk değerlendirme süresince, konuşmakta zorlanmış ve üzgün yüz ifadesini zorlukla değiştirebilmişti. Konuştuğu zaman da, kısık ses tonuyla monoton şekilde konuşmuştu. Geleceği için umutsuz duygular beslediğinden ve kendini öldürme düşünceleri olduğundan bahsetmişti. Bu derin düşünceler neredeyse duygusuzca ağzından çıkıyordu.

Bayan B., ebeveynleriyle değerlendirmeye gelen on yedi yaşında çekici bir lise öğrencisi idi. İlk başta, sosyal ve neşeli görünüyordu fakat yaşadığı son olayları anlattığında, ailesinin onu teselli etmesine neden olacak şekilde ağlamaya başlamıştı. Bayan B.'nin anne-babası, kızlarını, şimdiye kadar hiçbir psikopatoloji sergilememiş, mutlu, normal bir genç olarak tarif etmişti. Çok iyi bir öğrenci olmasa da, sosyal aktivitelere ve okul kulüplerine katılıyor, "popüler" ve "sevilen" biri olarak tanınıyordu.

Geçen yıl flört ettiği erkek arkadaşı ilişkilerini bitirmek istediğini söylediğinde, Bayan B depresyona girmişti. O anda, gözyaşlarına boğulmuş, ailesine, teselli edilemez bir halde görünmüştü. Bu reddedilişin ardından, evde kalmakta ısrar etmiş, vaktinin çoğunu uyuyarak ve telefonda kız arkadaşlarına üzgün halini anlatarak geçirmişti.

Bayan B. ayrıca, tatlıya karşı aşırı isteği olduğundan ve obez olabileceği için endişelendiğinden de bahsetmişti. Değişen duygusallık ve kızgınlıkla eski sevgilisinden bahsediyordu. Ayrıca bu ayrılışın sebep olabileceği sosyal statü kaybı için de tasalanıyordu. Okula geri dönmeyi düşündüğünde, eski erkek arkadaşını görmekten ya da artık "onun kızı/sevgili-

si" olmadığı için, arkadaşlarıyla karşılaşmaktan endişe duyuyordu. Ailesinin profesyonel yardım alması yönündeki isteğini kabul etmesinin tek nedeni; "korkunç" endişe ve umutsuzluk duygularını bastıracak ilaçlar edinmekti.

Gururlarını inciten bir darbenin ardından depresif rahatsızlığa yakalanan Bay A. ve Bayan B.'ye teşhis koyacağım. Bay A.'nın vakasında, bu son presipitan faktörü, zaten sınırlı olan kişiliğine ek bir yük getirmiştir. Kaybını telafi etmek için kullanabileceği temel kaynakları tamamen kısıtlıdır. Bu talihsiz adamın, kendini değerli hissetmesini sağlayan ya da memnuniyet duygusu veren hayati bir yönünü kaybetmesinin onda bıraktığı etkiyi değiştirebilecek anlam ya da zevk kaynakları çok azdır. Önceki sınırlanmış hayat tarzı ciddi bir kayba karşı daha kırılgan olmasına neden olmuştu. Bu yüzden ağır bir depresif rahatsızlık gösterdiği tanısı konulabilir. Psikolojik durumu ve sosyal desteğinin azlığı, intihar etme ihtimalini ve hastaneye yatırılma gereğini göz önünde bulundurmam için beni uyaracaktır. Ayrıca, depresyonu, belirgin vejetatif semptomlarla oldukça ileri seviyede olduğundan tek başına sözel terapi bu düzeyde sadece yüzeysel etkiler gösterecektir. Bu yüzden ilk olarak, büyük orandaki ıstırabını hafifletmek ve tedavinin psikoterapötik şekillerine yanıt verebileceği bir aşamaya getirmek için Bay A.'nın vakası için tıbbi tedaviyi (Detaylar için Bölüm 6'ya bakınız) deneyeceğim (ya da havale edeceğim). Şizoid işleyişinin ömür boyu süren geçmişini, sosyal destek yönündeki fakirliğini ve değerlilik duygusunu edinmek için bir araç olarak gördüğü işine olan bağlılığını öğrenmiş olarak, bireysel terapinin ve tıbbi tedavinin yanı sıra, grup terapisini ve iş danışmanlığını da göz önünde bulunduruyorum.

Bay A.'nın aksine, Bayan B.'nin hoşnutsuzluğu, gururunu inciten ciddi bir darbe ve gençliğinde muhtemelen ilk kez, birlikte olmaktan zevk aldığı bir yaşıtından mahrum kalması ola-

rak görülebilir. Tamamen acı verici olsa da, yaşadığı hayal kırıklığı çok kalıcı olmayabilir çünkü reddedilme duygusunun üstesinden gelmek için doğuştan yeteneği ve dışarıda sosyal destek ortamı olduğu görülüyor. Her ne kadar hoşnutsuzluğu oldukça büyük olsa da, önceki sağlıklı işleyişine, nörovejetatif semptomların olmayışına, yaşam döngüsündeki gelişimsel safhasına ve kendi yaşıtından biri için olan presipitan faktörünün büyüklüğüne dayanarak Bayan B.'nin durumuna, depresyonlu ruh halindeki uyum bozukluğu olarak tanı koyacağım. Bu yüzden, güçlü olduğu yönlere odaklanırken duygularından kurtulmasını sağlayacak destekleyici terapiyi deneyeceğim. Ayrıca, normal aktivitelerini sürdürmesi için onu teşvik edeceğim. Eğer depresyonunun daha kısıtlayıcı ya da şiddetli olduğunu görürsem, her zamanki tatmin edici yaşam şekline yeniden alışmasına yardımcı olması için kısa süreli bir antidepresan tedavisi düşünebilirim. Depresyonu ortadan kalktıkça, eğer kendisi de arzu ederse, bu reddedilişin ve beraberinde gelen sosyal statü kaybının onu neden bu kadar çok etkilediğini araştırmak oldukça yararlı olabilir.

Birbirinden tamamen farklı bu iki klinik depresyon vakası, rahatsızlığın meydana geldiği sosyal ortamı ve üzülmüş kişinin özelliklerini değerlendirme gereğini vurgulamak için anlatılmıştır. Terapistler olarak, depresyonun, insanlığımızın bir parçası olduğunu ve şimdi olmazsa bile daha sonra hepimizi etkileyebileceğini aklımızda tutmak zorundayız. İnsanların, bu fazlasıyla acı verici durumun üstesinden gelme yetenekleri büyük oranda, dayanmaya çalıştıkları kaybın büyüklüğüne, onlar için ifade ettiği anlama ve günlük yaşamlarında ve kendi-değerliliklerine yönelik düşüncelerinde memnuniyet bulabilmelerine bağlıdır. Ayrıca, depresyon vakasına sıklıkla eşlik eden yalnızlık duygusunu bastırabilecek arkadaşların ya da ailenin sağladığı sosyal destek, rahatsızlığın şiddetini ve süresini azaltmada yardımcı olabilir. Sonuç olarak, bugüne kadar or-

taya çıkmaktan kaçabilmiş bazı doğuştan kırılganlıklar, hastalarımızın vakalarında rastlanan kayıplara verilen tepkinin dağılımını etkileyebilir. Bu faktörleri akılda tutarak, şimdi, şiddetine ve kronikliğine göre çeşitli depresif durumlar için psikoterapötik müdahaleden bahsedeceğim.

Şiddetli ya da Psikotik Depresyon

Şiddetli ya da psikotik depresyon diye adlandırılan duygusal hastalık şekli, *DSM-IV* de majör depresif rahatsızlık olarak sınıflandırılır. Ruhsal durumdaki rahatsızlığın yanı sıra, fizyolojik ve bilişsel semptomlar da klinik vakanın önemli birer parçasıdır. Zaman zaman bu ikincil belirtiler, üzüntü ya da anhedoni duygularını örtbas etmek için çok belirginleşebilir, ve böylece kişi; yeme, uyku ya da konsantrasyon yetersizliğinden şikayet edip, görüşmeleri büyük miktarda mantıksız kişisel değersizlik ya da kötü inançlarıyla doldurabilir. Semptom kümesi, nörovejetatif ve bilişsel değişikliklerle belirginleşmiş, hatta net bir psikolojik presipitan faktörünün de saptanabildiği organik bir hastalığa benzer.

Acil yapılması gereken, hastanın aşırı ıstırabını hafifletmektir. Gerçekten de, iyileşme sürecindeki kurbanları, şiddetli depresyonu, insanoğlunun dayanmak zorunda bırakılabileceği en kötü deneyim olarak tarif etmiştir. Başlangıç tedavisinin üç amacı vardır:

1. Tıbbi tedavi kullanımında yetenekli olan bir psikiyatrist tarafından verilen uygun antidepresan tedavisini uygulamak, belirgin hoşnutsuzluğu azaltmak ve hastanın çaresizliğini artıran nörovejetatif semptomları ortadan kaldırmak ya da en azından azaltmak.
2. Güven duygusunun oluşmasını sağlamak ve böylece kişisel ıstırabın ve tıbbi tedaviye uymanın garantisini pay-

laşma imkanını yaratmak için, hastayla destekleyici bir ilişki kurmak.
3. Aile üyelerinin gönüllü yardımıyla ya da hastaneye yatırmayla, hastayı, kendine zarar vermekten alıkoymak.

Tedavinin bu son amacı özellikle yerinde bir girişimdir çünkü birçok antidepresan tedavisi, başlandıktan bir ya da iki hafta sonra etkisini göstermeye başlar. Bu "gecikme süresi" boyunca, görüşmeler arasında hastanın sıklıkla ya da bazen telefonla temas halinde bulunduğunu görüyorum. Ayrıca, ailesine, hastanın şiddetli kırılganlığından da bahsediyorum ve hastanın yanında kalmaları, güçsüzlük ya da suçluluk duygusuyla kafasını meşgul etmesini önleyecek etkinliklere katılması için uğraşmaları yönünde yol gösteriyorum.

Şiddetli derecede depresyonlu kişiler, eski benlik duygularıyla bir kopukluk yaşarlar. Bazısı bu değişmiş bilinç durumunu Tanrı'dan gelen bir ceza, değersizliklerini kanıtlayan, hak edilmiş bir eziyet, ya da anlaşılabilir hiçbir nedeni olmadan başlarına gelen haksız bir felaket olarak yorumlar. Acı verici durumuna karşı hastanın bahanesi ne olursa olsun, bu şiddetli depresyonun, yüksek ateş ya da diş ağrısına benzeyen bir durum olduğuna işaret etmeye çalışıyorum. Hastanın her zamanki kendisi olmadığı ve tedavinin öncelikli görevinin hastayı eski premorbid düzeyine geri getirmek olduğu anlaşılmalıdır. Gerçek dışı rahatlatmalardan uzak durarak, depresyonu, zamanla ortadan kalkacak, geçici bir olay olarak tarif ediyorum.

Bu esnada, hasta güçten düşmüş bir haldedir ve günlük yaşamının belli yönlerini doğru şekilde yargılamakta yetersizdir. Örneğin bazı hastalar, yardım edilemeyecek ya da yardım edilmeyi hak etmeyecek kadar hasta olduklarını söyleyip tıbbi tedaviyi reddederler. Bu tür durumlarda terapist, hastanın muhakeme gücünün hastalık nedeniyle zarar gördüğüne bir kez daha dikkati çekerek, tedavi hakkındaki kararların başka-

larına bırakılmasının en iyisi olduğunda ve tıbbi tedaviye uyulması gerektiğinde son derece ısrarcı olmalıdır. Genellikle, hastanın gerekli antidepresanları alıp almadığından emin olmak için ailesine talimat verilmelidir.

Tedaviye uyacak olmanın garantisi genellikle, hastanın terapiste ve terapötik tedavi ilişkisinin doğasına duyduğu güvene bağlıdır. Tıbbi tedavi görmeye yüklenen psikolojik anlam, birçok hastanın tedavisinde önemli bir faktördür. Bazı depresyonlu hastalar, idealleştirilen bir terapistin sağladığı tıbbi tedaviye sihirli güçler yükleyip tedavi daha fizyolojik etkisini göstermeden (genellikle dört-altı hafta arası) rahatladıklarını belirtirler. Bakım ve destek ihtiyacındaki depresyonlu hastalar tedaviyi, iyi olmaları için endişelenen biri tarafından ilgileniliyor olma işareti olarak görebilirler. Bunun aksine paranoid hastalar, depresyonlu oldukları zaman bile, tedavinin, onları, kendi isteklerinin aksine kontrol etmek ya da değiştirmek için gizli bir girişim olduğuna inanırlar. Bu yüzden çok nadiren bir tedavi planına uyum gösterirler. Bu yine, sadece tedavi şeklindeki belirtilerin değil, hastanın tüm kişiliğinin göz önünde bulundurulması gerektiğinin bir örneğidir.

Tıbbi tedaviye razı olma başarıldığı an, psikoterapi, terapist ve hasta arasında duygu ve düşüncelerin dürüst ifade edilmesini amaçlayan ilişkiyi kurmaya odaklanmalıdır. Birçok depresyonlu hastaya, ıstıraplarını ciddiye alan ve psikolojik durumlarını anlayan empatik kişilerle düzenli görüşmeleri sağlanarak yardım edilebilir. Depresif hastanın kendine yönelik bu şikayetleri ya da tekrarladığı umutsuzluk ve kötümserlik konuşmaları yüzünden, iyi niyetli olmalarına rağmen, arkadaşlarının, ailesinin ya da eşinin sabırsızlandığı görülebilir. Şiddetli depresyondaki birçok hasta, hastalıklarının aşırı semptomlarıyla insanları kendilerinden uzaklaştırırlar. Böylece daha yalnız kalıp kendilerini daha umutsuz ve terkedilmiş hissederler ve değersizlik duyguları iyice artar. O halde, dep-

resyonlu hastanın yaşamında sürekli bir figür olmak, tamamen yalnız ya da değersiz olmadığının bir işareti olabilir.

Bu empatik ilgi, terapistin sağlayacağı gerçek dışı rahatlatmaları içermemelidir. İlişkinin kapsamına getirilecek kısıtlamalar, terapinin başlangıcında belirlenmelidir. Depresif vakanın ortasındayken, hastanın bağımlılık ihtiyaçları çok büyük oranda olabilir ve tedavinin bitişi için belirlenen sürenin ötesinde bir seansın daha olmasını isteyebilir ya da terapistini, görünürde şikayetleri için sıklıkla arıyormuş gibi görünüp, aslında kendini psikolojik bir ilişkide hissetmek isteyebilir. Depresyonlu hastanın dayanmaya zorlandığı ıstıraba kesinlikle cezbedici gelse de, telefon konuşmaları, ekstra seanslar ve tedavinin diğer olası yönleri bakımından kendi belirli tercihlerimi, tedavinin başında vurgulayarak netleştirmeyi doğru buluyorum.

Ayrıca, hastanın depresyon duygularını azaltacak ya da ortadan kaldıracak, kendi başına sürdürebileceği olası etkinlikler keşfetmenin de özellikle yardımcı olduğunu gördüm. Bu etkinlikler, her kişide şüphesiz değişiklik gösterecektir; fakat genellikle, hastanın zor görevlere konsantre olmada yaşadığı zorluk, çok fazla zihinsel çaba gerektirmeyen basit aktivitelere yönelik seçeneklerini sınırlandırmaktadır. Bazı hastalar egzersizi (jogging, tenis) yararlı bulurken, bazıları daha hareketsiz uğraşlardan yarar sağlar (kitap okuma, dikiş dikme); ve kimisi de sohbetlerde ya da daha sosyal ortamlarda başkalarıyla birlikte olduklarında kendilerini daha iyi hissettiklerini söyler. Önemli olan, hastanın, acı verici depresyon duygusuyla savaşmak için çeşitli yollar bulması ve böylece kendini tamamen, hastalığına acıma noktasında görmemesidir.

Hasta iyileştikçe seanslar, (1) kişinin dekompansasyonuna neden olan tahrik edici faktörleri ve belirli kırılganlıkları arayıp bulmaya, (2) ciddi bir hastalığın ve bunun gelecek yaşamı üzerindeki etkisinin ıstırabını çektikten sonra, kişinin psikolojik yaşamını yeniden inşa etmeye adanır.

Örneğin, orta yaşlı bir ev hanımı, yirmi altı yaşındaki kocasının, başka bir kadın için kendisinden ayrıldığını söylemesinden sonra şiddetli depresyona girmişti. İlk başta hasta, kocasının reddetmesine öfkeyle tepki vermişti. Birkaç gün sonra gittikçe, bu ayrılığın tamamen kendi hatası olduğuna inanmaya başlamıştı. Kocasına karşı anlayışsız olduğu anları hatırlamaya başlamış ve kendi elleriyle kocasını uzaklaştırdığına karar vermişti. Bulduğu bu hatalarla birlikte, kendini, hiç kimsenin beraber yaşamak istemeyeceği, değersiz, bencil biri olarak kabullenmişti.

Bu semptomlar çoğaldıkça, evde kalmaya başlamış, telefonuna cevap vermemiş, çocukları da dahil hiç kimseye terk edildiğini söyleyemeyecek kadar utanmıştı. Bu gururlu yönüne rağmen, bir sürü kişisel eksikliğinden ötürü terkedilmeyi gerçekten hak ettiğine kendini inandırmıştı. Kısa süre sonra bu şikayetler, ne kadar cimri, çirkin ve nankör olduğunu düşündüren, tekrarlayıcı ve aklına zorla giren düşüncelere dönüşmüştü. Bu noktada, çocuklarından biri eve gelmiş ve onu, düşüncelere boğulmuş, içindeki ıstırap duygusu yüzüne yansımış, perişan bir halde bulmuştu. Daha sonra, onu yatılı psikiyatrik hastalar servisine kabul eden bir doktora götürmüştü.

Bu kadının depresyonu, hastanedeki tıbbi tedaviye kısmen yanıt vermişti. Artık geceleri uyuyabiliyordu, daha enerjikti, iştahı yerine gelmişti ve görünüşünü daha fazla umursuyordu. Kendini artık "kurşundan yapılmış bir paltoyla" kuşatılmış gibi hissetmiyordu ve suçlayıcı zorlayıcı düşünceleri kaybolmuştu. Ancak kendini hâlâ, terk edilmeyi hak eden ihmalkar ve kusur bulucu bir eş olan değersiz biri olarak görüyordu. Kocası olmadan bir gelecek düşünemiyordu ve yaşamdan tekrar zevk alabileceğinden şüpheliydi. Gerçekten de yaşamaya devam etmeyi istediğinden emin değildi ve sık sık en iyi seçeneğinin, intihar etmek olacağını düşünüyordu.

Kendine yönelik tanımlamalarının aksine, çocukları ve arkadaşları bu kadını, kocasını memnun etmek ve ona mutlu bir

ev ortamı sağlamak için uğraşan özverili ve son derece şefkatli biri olarak tanımlıyordu. Bu görüşü, hastanın farkında olmadan anlattığı hikayesi de doğrulamıştı. Kocasını ve çocuklarını rahat ve memnun ettirmek için kendi isteklerinden sürekli fedakarlıkta bulunduğu ortaya çıkmıştı. Psikolojik bağımsızlığından vazgeçtikçe, yaşamındaki anlam ve değerlilik duygusu için ailesinin mutluluğuna gittikçe daha fazla bel bağlamaya başlamıştı. Kocasının onu eş olarak reddetmesi, aynı zamanda tüm varlığını ve değerlerini de reddetmesi gibi görünmüştü. İyi bir ev kadını ve anne olmak için uğraştığı yıllar, kocaman bir başarısızlık olarak görünüyordu çünkü ailesini bir arada tutmayı başaramamıştı.

Bu inançlara karşılık olarak terapi, hastanın başkalarından geri dönüş alamadığında kendini suçlama eğilimine ve sosyal çevresindeki bazı kişilerin tepkisine yönelik anlam ve değer kaynaklarını sınırlandırmasına odaklandı. Hasta geçmişini anlatmaya devam ettikçe, kendine yönelik suçlamalarının, tıpkı büyürken annesinden gördüğü suçlamalara benzediğini fark etti. Annesi hastayı sürekli eleştirmiş, hastanın gösterdiği çabaların hiçbirinden memnun olmamış ve gururlanmamıştı.

Hasta gittikçe, farkında olmadan erişkin hayatına taşıdığı çok olumsuz bir çocukluk imajı çizmiş olduğunu gördü. Hastanın durumunu eski yaşadıklarının bir sonucu olarak göz önünde tutarak ve anlattıklarının erişkin hayatında tekrarlandığını ileri sürerek psikodinamik terapi, bilişsel ya da davranışsal terapilerden ayrılır. Psikodinamik teoristler depresyonun semptomlarını, kişinin çocukluk halinin tekrar ortaya çıkışı olarak görürler. Her ne kadar hasta bu eski çocukluk halini bastırmış olsa da, presipitan faktörüyle ilişkili olan narsis darbe bunu tekrar aklına getirir. Abartılı ve bozuk bir biçimde de olsa, hastanın çocuk-ebeveyn ilişkisini sürdürmesi beklenir.

Hasta çocukluğundaki reddedilişleri ve utançları tekrar yaşadıkça, terapist istemeyerek de olsa çoğunlukla, aktarım yo-

luyla, korkulan fakat ihtiyaç duyulan ebeveynlerin yerini alır. Birçok vakada, terapiste ya da hastanın erişkin hayatındaki diğer kişilere yönelik bu aktarımsal çarpıtmanın dikkatli analizi, terapötik sürecin en önemli kısmını oluşturur.

Örneğin, bu kadın, hiçbir erkeğin onu istemeyeceğini düşündüğü için evde kalmış bir kız olarak hayatına devam edeceğine inandığını hatırlamıştı. Bu yüzden, onu bu kaderinden kurtaran eski kocasına karşı oldukça derin minnettarlık duyuyordu. Böylece, terapi, çocuklukta pekiştirilmiş zayıf benlik duygusunu açığa çıkarmıştı.

Daha sonra, bu kötü düşünceleri biraz olsun uzaklaştırabilecek ve kendi değerini artırabilecek olası etkinlikler ve ailesine düşkünlüğü sayesinde bu zayıf benlik duygusunun üstesinden gelmeyi başardı. Kocasının reddedişi, narsis dengesini sarsan bir/darbeydi ve kendine dair eski çocukluk düşüncelerinin tekrar ortaya çıkmasına neden olmuştu. Terapide bu noktada, hastanın kendine ve başkalarına yönelik mantıksız inançlarını, kendisi ve kocası için verdiği hükümlerin gerçek dışı doğasına işaret eden daha makul değerlerle değiştirmeye çalıştım.

Gittikçe, kocasının, onun değerlilik duygusunu belirleyen eleştirici annesinin yerine geçmiş olduğunu fark etti. Artık kocasının bu aktarımsal gücünün etkisinden kurtulduğu için, hasta, tarafsız bir boşanma ortamı sağladı, boşandığı eşinin yokluğuna rağmen çocuklarıyla olmaktan hâlâ keyif duyduğunu gördü, yalnızlık duygusunu yenmek için arkadaşlarıyla görüşmeye başladı ve bir iş bulmaya karar verdi. Evliliği ve kocası hakkındaki üzüntüsünü dile getirse de, artık depresyonda değildi ve geleceğe iyimser bakabiliyordu. Bu vaka, majör depresif rahatsızlığı olan bir hastada psikoterapi ile tıbbi tedavinin sinerjik sonucunu göstermektedir.

Hastanede yattığı sürede başlatılan ve psikoterapiye kadar devam edilen üç halkalı antidepresanların varlığı, hoşnutsuzluk seviyesini indirmek, nörovejetatif semptomları azaltmak

ve hastayı piskoterapiye karşı daha işbirlikçi yapmak için çok işe yaramıştı. Psikoterapi, kocasını kaybedişini yaşam deneyimleri bağlamında düşünmesini ve depresyonunun, mutsuz geçen çocukluğundaki kötü ilişkilerden kaynaklandığını anlamasını sağlamıştı. Ayrıca, yalnızlık ve terkedilmişlik duygusunu azaltmaya da yardımcı olmuş, daha gerçekçi bir benlik duygusu geliştirmesine fırsat verip gelecek planları yapmasında onu desteklemişti.

Geniş kapsamlı çalışmalar, tıbbi tedavinin, depresif semptomların yok edilmesinde yararlı olduğunu; oysa ki psikoterapinin sosyal uyumu kolaylaştırdığını göstermektedir. Her iki tedaviyi de gören hastalar, tek başına farmakoterapi ya da psikoterapi görenlerden daha iyi sonuç elde etmiştir. Şiddetli bir depresif rahatsızlık geçirmiş kişiler ayrıca, günlük aktivitelerinden memnuniyet duyma şekillerinde de bir dağılma, parçalanma yaşamışlardır. Depresif semptomlarını azaltmak için fiziksel tedaviye ihtiyaç duyarlar fakat aynı zamanda bu tecrübenin perspektiflerine yerleşmesi, ne yaşamış olduklarını anlamaları ve yaşamlarına devam edebilmeleri için psikoterapiyi de gerektirirler.

Distimik Bozukluk

Depresyonun distimik şekilleri, nispeten normal olarak devam eden işleyişlerin hakim olduğu, tekrar eden dönemlerle tanımlanmazlar. Distimik bozukluk, daha ziyade, kişinin yaşam tarzıyla iç içe olan hafif şiddetteki depresyonun kronik ve istikrarlı şekli olarak görülebilir. Bu sıfatla, bu rahatsızlığın, hastanın kişiliğinin bir parçası olduğu farzedilebilir. Gerçekten de, bazı klinik uzmanları ve araştırmacılar, *depresif kişilik* terimini daha net bir teşhis etiketi olarak önermişlerdir. Kişilik kavramı; tutumların, değerlerin, inançların ve davranışların da dahil olduğu, kişinin günlük davranışlarına yansıyan son derece

sabit özellikleri ifade eder. Bu özellikler oldukça kalıcıdır ve ömür boyu küçük değişikliklerle var olmaya devam ederler.

Patolojik kişilikler, katılıkları ve erişkin hayatlarındaki olağan istek ya da beklentiler karşısındaki uyarlanabilir işleyiş eksiklikleri nedeniyle daha normal olan benzerlerinden ayrılırlar. Bu yüzden, depresif bir kişilik; şiddeti çevresel farklılıklarla değişmesine rağmen sürekli var olan kronik depresyon duygusuna yol açan psikolojik özelliklerin kalıcı birlikteliği olarak tanımlanabilir. Bu kronik depresyon duygusunun, kişinin gerçekleri değerlendirmesinde uygun olmayan ve gerçek dışı yaklaşımlar geliştirmesine neden olan anormal çocukluk yaşantılarının bir sonucu olduğu düşünülür. Önceki bilgisayar analojime göre, bu bozukluklar, birleştirici merkezdeki bir arızayı, bu nedenle de sonraki verilerin doğru şekilde işlenmediğini gösterir.

Erişkin depresyonu konusunda önde gelen önemli bir teorisyen olan John Bowlby, kronik depresyonun genellikle, üç tür çocukluk ortamının bir ya da birkaçından kaynaklandığına inanmıştır:

1. Çocuğun, tüm gayretlerine rağmen erişkinlerle güvenilir, tatmin edici ilişkiler kuramadığı ortam.
2. Çocuğun, ailesi tarafından sürekli, ne kadar sevimsiz, beceriksiz ya da yetersiz olduğunun söylendiği ortam.
3. Çocuğun, yerine başka birini ya da bir şeyi koyamadığı önemli bir kaybın acısını çektiği ortam.

Bowlby'e göre bu çocukluk yaşantıları, erişkin hayatta yaşananların işlenme biçimini bozan mantıksız inanç sistemleri ortaya çıkarır ve sabit bir değersizlik duygusuna, sevimsiz olduğuna dair bir yargıya, her an olabilecek bir kayıp korkusuna ve kişinin günlük yaşamından zevk almasında eksikliğe yol açar.

Bu tarz hastalarla psikoterapi, kişinin genellikle farkında olmadığı bu temel konuların aydınlatılmasını kapsar. Bu temel inançlar çoğunlukla, hastanın çocuklukta ihtiyaç duyduğu ve sevdiği insanlarla arasındaki etkileşimde şekillenir fakat artık uygun ya da geçerli olmadıkları erişkin hayatına aktarılırlar.

Terapötik işlem, hasta ve terapist arasında "şimdi ve burada" yaşantısını gerçekleştirmeyi, geçmişteki bu inançların hastanın şu anki yaşamını etkilemeye devam ettiğini açığa çıkarmayı ve hastaya, hayatında var olan büyük orandaki özerkliği ya da hakimiyeti bakımından, şu anın, geçmişten nasıl farklı olduğunu göstermeyi amaçlar.

Bu eski inançlar, rüyalarda ve hayallerde fakat daha çok önemli kişilerle ilişkilerde açıkça ortaya çıkar. Bu ilişkiler, çocukluktaki ebeveynlerle olan ilişkilerin erişkin hayatında tekrarlaması ya da aktarılması olarak tanımlanabilir ve *aktarım çarpıtmaları* olarak adlandırılır.

Yukarıda da bahsedildiği gibi, erişkin hayatını etkilemeye devam eden çocukluk yaşantılarının göz önünde bulundurulması, bu çocukluk inançlarının büyük oranda bilinç dışı olarak ortaya çıktığı ve kişiliğin diğer bölümleri tarafından savunulduğu görüşü ve kişinin kendisi ya da başkaları hakkındaki bu eski inançları analiz etmek için terapinin kullanılması, psikodinamik psikoterapiyi diğer sözlü iletişimlerden ayırır. Psikodinamik psikoterapi, bilişsel ya da davranışsal terapiden daha az yönlendirici, yüzleştirici ve kuralcı olarak, bu inançların terapötik durumlarda ortaya çıkmasına yardımcı olur.

Genellikle depresyonlu hastalarda görülen aktarımsal ilişkiler, insanların birer erişkin olarak, çocukken yaşadıkları terk edilme veya cezalandırılma acısından kurtulmak ya da hiçbir zaman yaşamadıkları sevgiyi bulmak için uğraşmaya nasıl devam ettiklerini gösterir. Örneğin, genç bir bilimadamı, amiri laboratuvara yeni bir eleman daha aldığında psikoterapi görmeyi istemişti. Hasta, kendisinden daha yetenekli, şirin ve ze-

ki bulduğu bu yeni elemanın amirinin tek tercihi olacağına inandırmıştı kendini. Geçmişini anlattıkça, kendini her zaman melankolik olan ve asla gerçekten mutlu olamayan biri olarak tarif etmişti. Hiçbir hobisi yoktu, çok az arkadaşı vardı. Yaşamını iyi şekilde sürdürebilecek kadar para kazanıyor olmasına rağmen, her an başına bir felaket geleceğini düşünmeden ve suçluluk duymadan kendisi için para harcayamıyordu. Yaptığı işten çok zevk almıyor olsa da, sadece çalışırken kendini güvenli hissediyordu. Çalışmak, onun için, önemsediği kişileri memnun etmenin ya da en azından onu eleştirmelerini ve terk etmelerini önlemenin bir yoluydu.

Bu genç kadın, çalışkanlığı ve bağlılığıyla amirini etkileyebileceğini umarak çok çalışmıştı. Patronu ne zaman memnun görünse, kendini rahatlamış hissediyordu. Fakat onu memnun edemediğinde, yeteri kadar uğraşmadığı ve tembel olduğu için kendini cezalandırıyordu. Son olaylarda depresyonu artmıştı ve işten kovulabileceğini, hatta bir daha asla çalışamayacağını düşünmeye başlamıştı.

Yeni araştırmacı gelip, patronu ona profesyonel bir ilgi gösterdiğinde, hasta artan oranda endişeli ve depresyonlu olmuştu. Bu yeni işçinin, laboratuvardaki ek yardıma duyulan ihtiyaca rağmen, onun yerini alması için işe alındığından emindi. Tamamen değersiz olduğu için işten çıkarılmayı hak ettiği kararına varmıştı. Vardığı bu sonuçları doğrulamak için, çalışmalarının yüksek kalitede olmadığı her anı hatırlayıp büyütmeye ya da işini yeterli yapamadığı zamanları düşünmeye başlamıştı. Bu duygu ve düşünceler, hiçbir şey düşünemeyeceği noktaya gelene kadar aklını kemirmeye devam etmişti. Her gün işe, huzursuzca, işten çıkarıldığını duyacağını bekleyerek gitmişti. Kovulacağından ve ardından kendini öldürmeyi düşüneceğinden emindi.

Hasta, bakımdan ve ilgiden yoksun bir çocukluktan bahsetmişti. Anne-babası onu sürekli eleştirmiş, kendini aileye bir

yükmüş gibi hissetmesine neden olmuştu. Diğer çocuklarla oynamasına izin verilmemiş, aksine erken yaşlardan beri ev işlerini yapmak zorunda bırakılmıştı. Sürekli, erkek kardeşine kıyasla ne kadar aşağılık biri olduğu söylenmişti (erkek kardeşine de aynısı kız kardeşine kıyasla söylenmişti). Akşam yemeğinde ailesi, kötü durumdaki finansal bütçelerinden şikayet ediyor, sıklıkla, çocukları olmasaydı zengin olabileceklerini söylüyordu. Anne-babasının gözüne girmenin tek yolunun, aileyi onurlandırması olduğunu anlamıştı. Bu yüzden, örnek davranışlar sergilemesi, okulda mükemmel olması ve hiçbir zaman kendisi için bir istekte bulunmaya kalkışmaması beklenmişti. Bu kadın, çalışmalarında kusursuzdu, okulu bitirmek için burs kazanmıştı ve şu an çalıştığı prestijli laboratuvarda işe alınmıştı. Tüm bu başarılarına rağmen, anne-babası memnun olmamıştı ve onların finansal desteği olmadan bunların hiçbirini gerçekleştiremeyeceğini söylemişlerdi.

Hasta geçmişini anlatmaya devam ettikçe, patronuyla olan ilişkisinde, babasıyla olan ilişkisini canlandırdığını ya da aktardığını düşündüm. Sınavlarda iyi sonuçlar alarak ya da ekstra projelere gönüllü olarak memnun etmeye çalıştığı üniversite profesörleriyle ilişkilerinde de bu aktarım davranışının ilk belirtileri görülmüştü. Oysa, şu anki pozisyonunda, çalışkanlığını kanıtlayacak yüksek notların yer aldığı okul karneleri ya da sınavlar yoktu. Kendini işine adadığını gösteren somut kanıtlar olmadığından ötürü huzursuzdu ve yeteri kadar çok uğraştığından hiçbir zaman emin olmuyordu.

Terapide birlikte çalıştıkça, duygularına ve davranışlarına hükmeden temel konular ortaya çıkıyor ve farkında olmasına yol açıyordu. Yeteneklerini ne kadar mantıksızca küçümsediğini, istekleri ya da arzuları olduğu için cezalandırılmaktan nasıl korktuğunu ve kendi öz saygısını başkalarının idare etmesine nasıl izin verdiğini gösterecek, geçmişinden örnekler kullandım. Sonunda, babası ve patronu arasındaki psikolojik

ilişkiyi kavradı. Babasının tutumlarını, aktarım yaptığı patronuna nasıl yansıttığını anlamaya başladı. Aynı zamanda, babasının yargılarına karşı duyduğu korkunun, yaşamını nasıl şekillendirdiğinden ve böylece ilgi ve etkinliklere katılma oranını nasıl sınırlandırdığından da konuştuk.

Bu konuşmalar ayrıca, çocukken anne ve babasıyla geçirdiği bir araba seyahatini hatırlamasını da sağlamıştı. Yolda giderken külahta dondurma istemiş, durmaları ve bir tane almaları için ısrar etmişti. Babası arabayı birden durdurmuş, onu arabadan dışarı sürüklemiş, otoyolda bırakmış ve eşiyle yola devam etmişti. Bomboş bir yolda tek başına kalmaktan çok korktuğunu hatırlıyordu. Eğer ailesi dönerse, onlardan bir daha hiçbir şey istemeyeceğini söyleyerek dua etmişti. Ona çok uzunmuş gibi görünen belli bir süre sonra, anne-babası onu almak için geri dönmüştü ve yirmi dakika ya da daha uzun süre aşırı istekleri için azarlanmıştı.

Bu ve buna benzer diğer anıları, mahrum geçen çocukluğunun, psikolojisinin tüm yönlerine nasıl nüfuz ettiğini anlamasını sağlamıştı. Her açıklamayla birlikte, düşüncelerini ve davranışlarını değiştirmeye başlıyordu. Artık işini kaybetmekten korkmuyordu ve hatta bazı moda elbiseler, uzun süredir istediği pahalı bir ses sistemini bile almıştı. Bazen, kendine bir şeyler aldığında ya da arkadaşlarıyla eğlenceli vakit geçirdiğinde, ona kızacağımdan ve artık hastam olmasını istemeyeceğimden korkarak terapiye geliyordu.

Bu mantıksız düşüncelerini, bana karşı gösterdiği aktarım tepkileri olarak yorumladım çünkü isteklerini yerine getirmeye kalkıştığı için onu cezalandıracak, korku duyduğu babasının yerine konulmuştum. Bu aktarım örnekleri, mantıksız korkularının gücünün bir kanıtı olarak değerlendirildi. Ayrıca bu düşünceler, kendilerini bir takım rüyalarda da gösterdi. Bu rüyalarda terapiye geldiğini, terapi esnasında benim babasının yerine geçtiğimi ve kendisinin bu durum karşısında büyük bir

korkuya kapıldığını görüyordu. Bir parçası, sadece ona yardım etmek istiyormuşum gibi göründüğüme, gerçekte ise; benim de babası gibi onu, kötü ve tembel biri olarak gördüğüme inanıyordu. Bu rüyalar, kendinin kötü olduğunu hissettiren ve başkalarının ondan nefret ettiğini düşündüren çarpık bakışını onaylamamıza yardımcı oldu. Psikodinamik terapinin bir diğer önemli yönünün, rüyalara, hayallere, anılara ve kişinin sadece davranışlarına değil aynı zamanda iç dünyasındaki hallerine de verdiği önem olduğunu belirtmek yararlı olabilir. Her kişinin özeli olan ruhsal gerçekliğin bu ifadeleri, terapiste ve hastaya, hastalığın sürmesini devam ettiren mantıksız yargıların gösterilmesinde çok yararlıdır.

Temel çocukluk inançlarının bazılarını düzelttiğimiz için hasta, sevdiği insanları kaybedecek ya da özgür bir yaşam sürdürmek için başkalarını daha fazla kızdıracak olma korkusunun daha az engellediği, daha tatmin edici bir yaşama başlamak için çaba göstermeye başladı. Her adımda, çocukken ona aşılanmış ilkelerin aksine hareket ettiği için cezalandırılmadığını ya da terk edilmediğini gördü. Terapi sona doğru yaklaştıkça, bu tutum içerisinde, kendisine ve başkalarına yönelik sağlıklı, oldukça net bir görüş edinmeye başladı.

Özetle, distimik bozukluğun (ya da depresif kişiliğin) psikoterapisi şunları içerir:

Mantıksız inançların saptanması ve onaylanması.

Bu inançların, özellikle ilişkilerde, kişinin kendisinin ve başkalarının çarpıtılmasıyla ilgili erişkin davranışlarını yönetmeye nasıl devam ettiğinin değerlendirilmesi.

Bu inançların çocukluk yaşantısına uzanması ve şu anki aktarımsal devamı

Bu tarz inançların uyumsuz olduğunun ve davranışlar üzerinde uygunsuz kısıtlamalar ve acı verici etkiler bıraktığının anlaşılması.

Çoğunlukla, aşılanmış inançların aksine olan erişkin tavrıyla davranmaya kararlı olunması.

Bu terapötik çaba, sadece semptomları bastırmayı değil, kişilik işlevselliğinde de radikal değişiklikler yapmayı içerir. Bu nedenle çok hızlı şekilde gerçekleştirilemez. Eskiden terapistler, hastaların, genellikle aylar ya da yıllar boyu süren yönlendirmesiz özgür çağrışım aracılığıyla geçmişte yaşadıklarına ulaşmalarını sağlardı. Daha sonra, ileri bir tarihte doğrudan çıkmasını bekledikleri aktarım belirtilerini sadece kendilerine yorumlarlardı. Bu uzun sürecin, hastanın bazı spesifik sorularla yönlendirilmesiyle ya da hastadan ziyade terapistin psikopatolojik işlevselliğin önemli alanlarını ortaya çıkarmasıyla, büyük oranda kısaltılabileceğine inanıyorum.

Ayrıca, hastanın yaşamındaki önemli kişilere yönelik aktarım, hastanın kendisi ve başkaları hakkındaki çarpıtmasını da aydınlatabilir. Aktarımın bana karşı açıkça yansıtılmasını genellikle beklemem. Problem konularına odaklanma ve ofis dışındaki ilişkileri kullanma üzerine olan daha aktif rolümün, nihai etkiyi tehlikeye atmadan terapinin süresini kısaltmak için çok işe yarayabileceğini düşünüyorum.

Tıbbi tedavi de, keşfetme terapisinin süresini kısaltabilir. Çoğunlukla, depresif kişilikteki hastalar, bu anılarının hatırlattığı acı verici duygular yüzünden geçmişte yaşadıkları olaylardan kaçınacaklardır. Birinin ailesinin kötü ya da ihmalkar olduğunun ya da aranılan onay ve sevgi duygusuna hiçbir zaman ulaşılamayacağının keşfedilmesi görsel çizgideki depresyonun şiddetlenmesine yol açabilir ve bu gerçeğin sürekli bastırılması ile sonuçlanır. Antidepresanların kullanımı, bu anıların harekete geçirdiği depresyonun şiddetini azaltmaya yardımcı olur ve geçmişteki önemli olayların daha hızlı şekilde ortaya çıkmasını sağlar. Bu tarz hastaları antidepresanla tedavi etmenin, kronik sınırdaki depresif durumu büyük oranda etkile-

mezken, terapi süresince çıkan acı verici gerçeklere eşlik eden depresif etkileri engelleyerek tedaviyi kolaylaştırdığını gördüm.

Depresif Ruh Halindeki Uyum Bozukluğu

Depresif ruh halindeki uyum bozukluğu esasen, kişinin kendilik değeri ve işlevini yeterli derecede yerine getirme becerisi hakkındaki şüpheleri ile birlikte, geçici bir depresif ruh halinin çıkmasına neden olan travmatik durumlarla karşılaşan sağlıklı kişilerde görülür. Daha önce bahsettiğim bilgisayar analojisine devam edersek; bu kişilerin sağlıklı birer mekanizması ve yeterli erken programlamaları vardır, böylece veriler doğru şekilde işlenir. Sorun, kolayca işlenemeyen ve bu yüzden ruhsal makinede kendiliğinden düzelen bir arızaya neden olan verilerle karşılaşmada yatar. Bu nedenle, bu bozukluklar, kişinin yaşam deneyimlerini önemli ölçüde değiştirecek büyüklükteki net presipitan faktörlerinin arkasından ortaya çıkar. Tepkisel bozukluğun öncesinde kişi genellikle, yerinde bir özsaygının yanı sıra yeterli miktarda ilişki ve ilginin de yer aldığı oldukça normal olan işleyişin premorbid geçmişinden bahseder.

Kişi karşılaştığı zorlukların üstesinden gelmek için çeşitli yollar bulduğundan, uyum bozuklukları zamanla kendiliklerinden ortadan kalkacaklardır. Bu yüzden, her halükarda iyileşecek olan bu sağlıklı kişiler için psikoterapinin doğru olup olmayacağı sorgulanabilir.

Deneyimlerime göre, terapötik müdahale şu durumlarda garantilidir:

Genellikle büyük miktarda olan ıstırabı azaltmada

Istırabını hafifletmek için, kişinin işe yaramayacak çözümlere sarılmasını önlemede

Rahatsızlığın süresini ya da daha kronik bir hastalığa dö-

nüşmesini en aza indirgemede

Kişinin, yaşamdaki değişikliklere karşı aşırı tepki vermesine yol açan bazı bilinmedik kırılganlıkları keşfetmesine yardım etmede

Aşağıdaki vaka raporu, uyum bozukluğu ile ilgili klinik bir örnek teşkil edebilir.

Sürekli depresyonda olan, eski aktivitelerine karşı ilgisi azalmış, değersizlik duygusu yaşayan ve yaşamının anlamını sorgulayan bir kadın, altı ay kadar önce memleketine dönmüştü ve ardından bu semptomlar gittikçe belirmeye başlamıştı. Memleketine geri dönmesinin nedeni, kocasının buradaki bir hastanede, bilimsel araştırma için verilen bursa kabul edilmiş olmasıydı. Taşınmadan önce, hasta, çok zevk aldığı öğretmenlik mesleğindeydi, beraber olmaktan keyif duyduğu bir sürü arkadaşı vardı ve özel eğitim almış genç bir doktorla evli olmaktan çok mutluydu. Taşınmalarından kısa süre sonra, kocasının ve kendisinin büyük heyecan duyduğu bir olay olan, ilk çocukları dünyaya gelmişti.

Memleketlerine taşındıktan sonra, küçük bir apartman dairesine yerleşmişlerdi ve kocası görevine başlamıştı. Daha sonra bir sürü hayal kırıklığı birbiri ardına gelmişti: Burs, beklediklerinden daha fazla çalışmasını gerektiriyordu, bu yüzden kocası birçok akşam ve hatta geceleri hastanede kalıyordu. Eski arkadaşlarından uzaktaydı ve yeni doğmuş bebeğiyle evde tüm gün yalnız kalıyordu. Yeni yerlerinde, ev işlerini yaptırmak için harcadıkları para hariç, masrafları umduklarından fazla oluyordu.

Ayrıca, hastanın, ailesiyle ilişkilerini de onarması gerekiyordu. Bu oldukça canını sıkan bir durumdu çünkü annesi geçmişte hep, kontrolü elinde tutan, zorlayıcı ve eleştirel biri olmuştu ve hasta, annesinin yanında kendini her zaman küçük düşürülmüş hissetmişti. Annesi, torununu bahane ederek has-

tayı sık sık görüyordu ve her görüşmeden sonra, hasta kendini eleştirilmiş, morali bozulmuş hissediyordu. Birçok kez annesi, hastayla eşinin yanlarına taşınması için ısrar etmişti çünkü böylece finansal problemleri ortadan kalkacak ve annesi bebeğin bakımına yardım edebilecekti. Hasta bu tekliften oldukça ürkmüştü fakat mali açıdan baktığı zaman, bunu oldukça mantıklı buluyordu.

Sadece iki seçeneği olduğunu görüyordu: (1) para konusunda aşırı tutumlu davranarak, çocuğuyla birlikte küçük dairesinde günlerce yalnız kalmaya devam edecekti, ya da (2) annesinin yanına taşınıp, özerkliğini yitirecek ve annesinin denetiminde olup eleştirilerine maruz kalacaktı. Hiçbir tercih cazip gelmiyordu. Ne yapacağı konusunda kendini kıstırılmış hissetmesi, umutsuzluk ve çaresizlik duygusunu iyice artırmıştı. Kocasını sıklıkla gördüğü, işinden memnun olduğu ve sosyal bir hayat sürdürdüğü eski yaşamını özlüyordu.

Terapinin ilk görevi, hastanın, düş kırıklığını ve umutsuzluğunu açıkça, tamamen ifade etmesini sağlamaktı. Tüm bu duyguları kendisine saklamıştı çünkü onlara daha iyi bir gelecek sağlamak için çok çalışan kocasına yük olmak istemiyordu. Ne halde olduğunu annesine de anlatamıyordu çünkü annesi, hastanın bu ıstırabını bir eleştiri kaynağı ve yanlarına taşınmaları için fazladan bir sebep olarak kullanabilirdi.

Ona destek olan bir dinleyicisinin olması, yalnızlık duygusunu oldukça azaltmıştı. Başkalarına karşı bu kadar koruyucu olmaması ve duygularını kocasıyla paylaşması için onu cesaretlendirdim. Bunu yaptığında, kocası oldukça ilgi göstermiş, bir sonraki terapi seansında ona eşlik etmeyi teklif etmişti. Bu seans boyunca, üçümüz, hastaya daha tatmin edici bir yaşam sağlamak için neler yapılabileceği üzerine konuştuk. Kocası, akşam yemeklerine artık daha düzenli geleceğine ve bu hafta sonunu ailesiyle birlikte geçireceğine söz verdi. Ayrıca, özellikle bu sıkıntılı yılı geçirmelerine yardımcı olması için kredi

çekmekte ısrar etti. Hasta, taşıdığı yükün başkaları tarafından paylaşılmaya çalışıldığını gördükçe kendini oldukça rahatlamış hissetmiş ve seans boyunca fark edilir derecede canlanıvermişti. Hatta yeni arkadaşlar edinmek ve diğer genç annelerle bebek bakımını paylaşmak için "annelerden oluşan grupları" araştırma fikrini önermişti.

Kısa zamanda, yarım günlük bir bakıcı kiralayıp, bir mahalle okulunda yarım gün iş bulmuştu. Depresyonu artık geçmişti, kocasını daha sık görüyordu, çocuk bakımı konusunda rahatlamıştı, mesleğini devam ettirmeye başlamıştı ve ortak ilgi alanları ve sorunları olan yeni arkadaşlar edinmişti. Annesinin, hastanın üzerinde bıraktığı belirgin etkiyi iyice incelemek için terapiye bir süre daha devam ettik. Geçmişinden konuşurken, hep annesinden kurtulmayı ve ona, kendi ayakları üstünde durabildiğini göstermeyi istediğini fark etmişti. Bağımlı olduğu ve kendini "aciz" hissettiği eski pozisyonu, utanç verici, başarısız biri olduğunu düşünmesine neden olmuştu. Annesinin hükmedici davranışlarına karşı gösterdiği çocukluk tepkileri, aşırı bağımsızlığa yönelik koruyucu ve savunmacı bir benlik imgesi ile birleşmişti ve asla başkalarından yardım istemeyeceğinde ve her türlü durumla baş edeceğinde ısrarlı biri olmuştu. Ancak artık, bu telafi edici kendilik değerinin mantıksız ve uyumsuz doğasını anlamış, insani ihtiyaçları ve sınırları olan normal biri olarak kendisiyle daha barışık olmaya başlamıştı.

Depresyonlu ruh hali içerisinde uyum bozukluğu olan diğer kişilerde olduğu gibi, bu hastada da psikoterapi:

O anki belirli yaşam durumunu çevreleyen duyguların ifade edilmesini sağladı

Gerçekçi seçenekler arayıp bulmaya ve uygunsuz çözümleri engellemeye çalıştı (bu olayda, annesinin yanına taşınmak)

Hastalığa katkıda bulunmuş olabilen belirli kişisel kırılganlıkları (bu olayda, hastanın telafi edici kendilik değeri) ortaya çıkardı



Psikoterapi, depresif rahatsızlıkların tedavisinde önemli rol oynayabilir. Depresyonu hangi şekilde olursa olsun birçok kişinin, tedaviye çok olumlu yanıt verdiğini, empatik ve yardımsever bir terapistle düzenli görüşmelerinden büyük oranda faydalandığını gördüm. Depresyonlu kişiler şiddetli ıstırabın kurbanlarıdır ve psikoterapinin sağlayabileceği desteğe ihtiyaç duyarlar. Eski yaşamlarının büyük bölümünde, sayısız şekilde ve çok sıklıkla istismar edilmiş, reddedilmiş ya da kötü davranılmış bu kişilerin, saygı, şefkat ve gerçek ilgiyle nitelendirilen terapötik bir ilişkiden sınırsız derecede yarar sağlayacağına inanıyorum.

Terapinin sağladığı bu temel ve çok önemli olan karşılıklılık duygusunun ötesinde, depresyonun farklı şekilleri, tedavide yapılacak çeşitlilikler için ipuçları verir. Bazı şiddetli depresyon şekillerinde, psikoterapi, tıbbi tedavilerin kısmen uygulanmadığı sosyal uyum gibi depresif sendromun belirli yönlerini iyileştirebilir. Daha kronik olan depresif şekillerinde psikoterapi, kişiliğin uyumsuz taraflarını yeniden yapılandırmak için bir tedavi seçeneği olabilir. Uyum bozukluğu ile birlikte görülen daha hafif şiddetteki depresyon şekilleri de, yaşamının o sıkıntılı döneminde hastanın destek görmesi ve yönlendirilmesi için psikoterapiden yardım alabilir.

Psikoterapinin türü, varolan depresyonun şekline ve şiddetine göre biçimlendirilmelidir. Bununla beraber, her hastanın kişisel özelliklerine göre bir psikoterapötik yaklaşım seçmek de, daha fazla olmasa da bunun kadar önemlidir çünkü psikoterapi etkisini, hastalıktan ziyade kişiler üzerinde gösterir.

NOTLAR

S 124, *Freud'un da belirttiği gibi*: Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. *Standard Edition*, 15, 151-169.

S. 124, *kendilerine yönelik his ve algılamalarında değişiklikler:* Clayton, P. J., Herjanic, ML, Murphy, G. R., et al. (1974). Mourning and depression: Their similarities and differences. *Canadian Journal of Psychiatry*, 19, 309-312.

S. 126, *İngiltere'deki depresyonlu kadınlara yönelik bir çalışma*: Brown, G. W., & Harris, T. V. (1978). *Social origins of depression*. London: Tavistock.

S. 132, *bakım ve destek ihtiyacındaki*: Salzman, C-, & Bemporad, J. (1990). Combined psychotherapeutic and psychopharmacological treatment of depressed patients: Clinical observations. In D. W. Manning & A. J. Francis (Eds.), *Combined pharmacotherapy and psychotherapy for depression* (ss. 153-181). Washington, DC: American Psychiatric Press.

S. 138, *Geniş kapsamlı çalışmalar*: Klerman, G., & Schecter, C. (1982). Drugs and psychotherapy. In E. S. Paykel (Ed.), *Handbook of affective disorders* (ss. 465-474). New York: Guilford Press.

S. 138, *psikoterapiyi de gerektirirler*: Frank, E., Kupfer, D. J., & Levenson, J. (1990). Continued therapy for unipolar depression: The case for combined treatment. In D. W. Manning & A. J. Frances (Eds.), *Combined pharmacotherapy and psychotherapy for depression* (ss. 133-150). Washington, DC: American Psychiatric Press.

S. 139, *Kişilik kavramı ifade eder*: Millon, T, & Katik, D. (1985). The relationship of depression to disorders of personality. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression: Treatment, assessment, and research* (ss. 700-745). Homewood, IL: Dorsey Press.

S. 139, *Önemli bir teorisyen olan John Bowlby*: Bowlby, J. (1980). *Loss*. New York: Basic Books.

5. BÖLÜM

GRUP TERAPİSİ

Joan L. Luby

Genel bir terim olarak *grup psikoterapisi,* sadece, aynı anda birçok hastayı tedavi etmek anlamında kullanılır. Bu kategori içerisinde, oldukça az oranda ortak felsefe paylaşan çeşitli terapötik yaklaşımlar vardır. Bunlardan bazıları; destek grupları, kendine yardım grupları, kriz grupları, bilişsel-davranışsal gruplar, kişiler arası ilişkiler grupları ve çözüm yönelimli gruplardır.

Bu tedavi modalitelerinin birçoğu depresyonlu hastalara uygulanmıştır. Terapötik teknikteki ve hedeflerdeki anlamlı farklılıklar, çeşitli ortamlardaki depresyonlu hastaların rolleri karşılaştırıldığında görülebilir. Bu bölümde, uzmanlaşmış bilişsel-davranışsal grupların depresyon tedavisindeki kullanımını inceleyeceğim; fakat asıl, kişiler arası ilişkiler grubu terapisinin depresyonlu erişkinler için pratik uygulamasına ağırlık vereceğim.

KİŞİLER ARASI GRUP TERAPİSİ

"Şimdi ve burada" bağlamındaki sosyal ve kişiler arası etkileşimlerin uyumlu ve uyumsuz şekillerinin incelenmesi, kişiler

arası psikoterapi grubu için ana odağı ve terapötik alt yapıyı sağlar. Bu oldukça sosyal ve etkileşimli temelin verildiği böylesi bir grubun başarısı, uygun hasta seçimine ve oluşan grup kompozisyonuna bağlıdır.

Grup Seçimi

Sayıca dengelenmiş cinsiyet ile teşhislerin ve kişilik tarzlarının karışımından oluşan heterojen bir grup, en etkili kombinasyondur. Yalom, kritik topluluğu ve kişisel katılım fırsatını göz önünde tutarak, bir kişiler arası ilişkiler grubunun en ideal büyüklüğünün yedi ya da sekiz hastadan ibaret olduğunu belirtmiştir (en aşağı beş ve çoğunlukla daha fazla sayıda). Bu nedenle, en ideali, iki ya da üç depresyonlu hastanın, diğer duygusal problemleri olan kişilerin oluşturduğu gruba dahil edilmesidir.

Karma kompozisyondan daha önemli olan, tüm hastaların, kişiler arası ilişkilere değer veriyor olması önkoşuludur. Yani, hastaların, diğer kişilerle tatmin edici ilişkiler kurmaya yönelik isteklerinin olması gerekir. Bu, gruba katılması için depresyonlu bir hastayla görüştüğümüzde, göz önünde bulundurulması gereken önemli bir koşuldur.

Örneğin, bu tarz bir grup için hastalarla ön görüşme yaptığımızda, psikoterapi için mükemmel bir "özgeçmişi" olan bir hasta, yardımcı terapistimle beni oldukça heyecanlandırmıştı: Akıllı, kavrayışlı, ve psikolojik düşüncelilikte idi. Oysa, bir sonraki görüşmede, bu hasta, birçok yönde değişmeye hevesli, öfkesini ustaca kullanan ve temkinli; fakat ilişki kurmak için çok az ilgisi ve hevesi olduğunu açıkça dile getiren biri olarak karşımıza çıkmıştı. Onu, daha genel bir psikoterapötik çalışma için uygun hale getiren özelliklerine rağmen, asistanımla, onun uygun bir grup adayı olmayacağına karar vermiştik. Terapistler, depresyonlu hastaları, kişiler arası ilişkiler

gruplarına dahil etmeyi düşündükleri zaman, bu önemli dışlamayı akıllarında tutmalıdırlar.

Diğer bir önemli dışlayıcı kriter, sosyal ilgisizlik ve geri çekilmeyle tanımlanan şiddetli oranda depresyondaki hastalardır. Bu hastalar, poliklinik hasta grupları için uygun adaylar olmayacaklardır. Genellikle, gerekli ilgiden ve grupla ilişkide bulunmak için ilişkisel kapasiteden yoksundurlar ve en azından ilk başlarda, farklı tedavi modalitelerinden daha iyi yarar sağlayacaklardır. Şiddet derecesinin kendisi ve özellikle kişiler arası ilişkilerin bozuk şekilleriyle olan alakası, dışlamanın temeli olmamalıdır çünkü grup terapisi bu semptomları ele almak için hazırlanmaktadır. Birçok psikoterapötik modalitede geçerli olduğu gibi, içgörü ve kendi kendini değerlendirme yeteneği, faydalı grup katılımı için gerekli bir diğer niteliktir ve gruba dahil edilmeden önce, poliklinik hasta terapisti tarafından değerlendirilmelidir.

Terapötik Etmenler

Yalom, grup psikoterapisindeki iyileştirme sürecini tanımlayan on bir terapötik etmenden bahsetmiştir: (1) umut aşılama, (2) evrensellik, (3) bilgi sağlama, (4) fedakarlık, (5) birincil aile özelliklerinin grupta tekrar yaşanması ve bunun tedavi edici yönü, (6) toplumsallaştırıcı tekniklerin geliştirilmesi, (7) taklitçi davranış, (8) karşılıklı öğrenme, (9) grup bağlılığı, (10) duygusal boşalma ve (11) varoluş etmenleri. Bu etmenlerin birçoğu, diğer psikoterapi şekillerinde de işe yararlar; bazısı grup formatına özgüdür ya da grup formatında daha etkili iş görür. Bu etmenlerin, bir grup içerisindeki bireysel hastalar için terapötik önemi, hem hastanın (teşhis ve kişisel tarz) hem de grup sürecinin (içerik, amaç ve tedavi aşaması) özelliklerine bağlıdır.

Bu terapötik etmenlerin bazıları, özellikle depresyonlu hastaların tedavisiyle alakalı görünür. Örneğin, evrensellik,

depresyonlu hastaların bir terapi grubuna girmesi için potansiyel olarak hazır ve harekete geçirici bir etmendir. Istırabının, başkalarının yaşadığına benzer olduğunu görmesi, terkedilmiş ve yalnız hasta için bir ilham kaynağı olabilir. Bu özellikle, depresyonlu hastalar birbirini gözlemlediğinde doğru olabilir ve karma kişiler arası gruplara, birden fazla depresyonlu hastayı dahil etmek için birincil bir sebeptir.

Evrenselliğin ayrıca, kendilerini damgalanmış hissederek bir gruba giren depresyonlu hastalar üzerinde, bu hissi ortadan kaldırıcı bir etkisi de vardır. Başkalarının duygusal yaşantılarına olan benzerliğin farkında olunması, yerleşik haldeki utanç ve umutsuzluk duygusunun ortadan kalkmasını sağlayabilir ya da belki, bu hastaların kabuklarından dışarı çıkmaları için işe yarayabilir. Bunun dışında, hastalar, depresyona ve mental hastalıklara karşı kırılganlığın genelde, kişisel ve toplumsal sınırlara riayet etmediğini öğrenirler. Depresyonlu olduğundan ötürü kendini suçlayanlar için bunu öğrenmiş olmak, depresyonun nasıl ve niçin çıktığı hakkında daha gerçekçi açıklamalar sağlayabilir. Poliklinik hastalardan oluşmuş bir gruptaki depresyonlu bir hastanın, çekici ve profesyonel anlamda başarılı bir diğer hastanın da depresyondan acı çekebildiğine dair şaşkınlığını ve bir türlü inanamadığını söylediği anı hatırlıyorum.

Başkalarına yardım etmekle kazanılan tatmin duygusu olan fedakarlık, gruptaki depresyonlu hastalar için potansiyel güçte bir deneyimdir. Depresyonlu kişiler, kendilik değerleri ve kişiler arası ortamlardaki yetenekleri hakkındaki şüphelerinden rahatsızlık duydukları için, çoğunlukla, akranlarıyla ilişki kurmaya ya da geribildirim vermeye gönülsüzdürler. Sosyal etkileşimlerde yaygın olan bu davranış, genellikle, grup ortamında tekrarlanıp iyileştirilir. Gerçekte, depresyonlu hastalar, yardım ve katkılarının, başkaları üzerinde zararlı bir etki bırakacağından korkabilirler. Grup lideri, bu hastaları destekleyerek ve düşüncelerini açığa vurmalarında cesaretlen-

direrek, başkalarının yaşamlarına pozitif anlamda katkıda bulunma becerilerini yeniden keşfetmelerinde onlara yardımcı olabilir. Birinin, başkalarına sunacak değerli bir şeyi olduğuna inanması ve bunu yaşaması, kendilik değerinin yeniden inşa edilmesinde önemli bir yapı malzemesidir.

Bir diğer terapötik etmen olan umut aşılama, benzer olarak, depresyonlu hastalarla ilgilidir. Umutsuzluk, depresyonun, terapötik olarak yaklaşılması zor olabilen ve çoğunlukla bireysel tedavi stratejilerine karşı dirençli olan sakat bırakıcı bir semptomudur. Grup ortamındaki bir hastanın, depresyonlu ve diğer duygusal problemlerdeki akranlarının iyileşmesine tanık olması için fırsatı vardır. Bu deneyim, depresif durumun esnekliğini ve iyileşmenin ulaşılabilir bir hedef olduğu gerçeğini vurgular. Depresyon tedavisindeki önemli bir dönüm noktası bu tecrübeyle ortaya çıkabilir. Poliklinik hasta terapistleri, bu terapötik etmenlerin farkında olmalıdır çünkü hastanın, grup tedavisine karşı vereceği yanıtın önemli bir parçasını oluşturacaklardır. Hastanın deneyimlerini, aynı anda grupta da ortaya çıktığı zaman, bu çerçeveler içerisinde bireysel tedavide yorumlamak ve hatta işlemek yararlı olacaktır.

Karşılıklı Öğrenmenin Önemi

Daha önce de bahsedildiği gibi, karşılıklı öğrenme, grup tedavisinin bu şeklindeki terapötik değişikliğin temelini sağlar. Ayrıca, birçok sebepten ötürü, depresyonlu hastalar için de benzersiz şekilde önemli olabilir. Gruptaki kişiler arası ilişkiler üzerindeki önemseyiş, kişinin uyumsuz sosyal davranışlarına yöneliktir ve açık ve samimi insani ilişkilerin, psikolojik yönden sağlıklı ve iyi olmak için gerekli olduğu fikrine dayanır. Karşılıklı öğrenme süreci, bozuk ilişkilere yol açan etkileşim bağlamında işlem gören altta yatan içruhsal çarpıtmaların ve yanlış varsayımların keşfedilmesini kapsar. Bu etmen, hiç

şüphesiz, bireysel psikoterapinin aktarım ilişkilerinin sergilenmesinde de söz konusudur; fakat grubun sosyal ikliminde büyük oranda harekete geçirilir ve kolaylaştırılır.

Hemen hemen tüm psikiyatrik rahatsızlıklar, hastanın kişiler arası işlevselliğini etkiler. Oysa, depresif rahatsızlıkların, kişiler arası patolojiye etiyolojik olarak bağlı olduğu düşünülür. Depresyonlu hastaların çekingen ve yalnız oldukları, toplumsal ilişkilerden kaçındıkları bilinir. Klinik gözlemler ayrıca, bu hastaların önemli kişiler arası ilişkilerinin, çarpıtmalar ve çatışmalarla nitelendirildiğini de öne sürer.

Kişiler arası ilişkilerde yaşanan güçlüğün bir şekli Bemporad tarafından tanımlanmıştır. Bemporad, depresyonlu kişilerin ilişkilerindeki idealleştirilmiş, baskın bir başka kişiye duyulan ihtiyacın önemi üstünde durmuştur. Depresyondaki kişi, ihtiyaçları karşılanmadığı zaman, idealleştirdiği bu kişiye karşı aşırı bağımlılık ve ardından öfke ve gücenme duygularının karışımı olan derin karışık duygular besler. Arieti de, depresif psikodinamiklerin bu kişiler arası temel bileşenini ele almıştır. O da, depresyonlu hastanın kendilik değerinin değişimindeki "baskın olan diğer kişinin" önemini vurgular. "(Bu) baskın olan diğer kişi, hastaya, insani değerinin kabulünün, sevgisinin, saygısının ve farkındalığının onaylandığına dair gerçek veya aldatıcı kanıt temin eder, ya da en azından umut aşılar." Bu ilişkiye yönelik her türlü tehlike, hastalığın ilerlemesine neden olabilir; ilişkinin kaybı ise dekompansasyona sebebiyet verebilir. Bu kişiler arası dinamikler, hastalığın seyriyle ve bazı durumlarda da başlangıcıyla yakından bağlantılı olabilir.

Bu tarz bir kişiler arası dinamik örneği, on altı haftalık poliklinik hasta grubundaki depresyonlu genç bir bayan hasta ile diğer bir grup üyesi arasında ortaya çıkmıştı. Hasta oldukça akıllı ve profesyonel anlamda başarılı bir kadındı. Gruba dahil olmadan birkaç ay önce erkek arkadaşından ayrılmış ve ardından depresyona girmişti. Diğer grup üyelerine yararlı geribil-

dirimler veriyor olsa da, kendi içruhsal çatışmalarını oldukça iyi saklıyordu. Hasta, güçlü ve çekici olan diğer bir bayan üyeyle hızlı şekilde sağlam bir ilişki kurmuştu. Bu "üyenin" dahil olduğu bir konu söz konusu olduğunda, hasta da konuya katılıyor ve tüm kişiler arası tartışmalarda onun yanında yer alıyordu. Bu davranışı, kendi belirlenmiş hedeflerinin pahasına ve belki de, onlardan kaçmak için sergiliyordu.

Bu davranış ayrıca, hastanın grupta bağımsız bir kimlik kazanmasını da engelliyordu. Arieti'nin öngördüğü gibi, "baskın olan diğer kişi" bu depresyonlu hastanın saygınlığını, refah ve mutluluğunu kanıtlamak için çok önemli bir rol oynuyordu. Böylece hasta, çok büyük kişisel ödünlerde bile partnerini korumaya ve onu memnun etmeye itiliyordu. Çift, depresyonlu hastanın bağımlılığına ve partnerinin gösterişliliğine hizmet eden, benimsenmiş bir ilişki içerisine girmişti.

Grup kaynaştıkça, diğer üyeler, bu ikiliyi sorgulamaya ve onlara karşı çıkmaya başlamıştı ve çift, ilişkilerinin dinamiklerini anlayıp kavramıştı. Depresyonlu hastanın, uzlaşmaya yönelik bağlılığı o kadar güçlüydü ki, partnerinin bitirme isteğinin karşısında bile, ilişkilerini savunmayı ve sürdürmeyi seçmişti. Henüz değişmeye hazır olmasa da, sorununun ve uygunsuz toplumsal çözümünün farkına varmıştı. Grubun açık ortamında, karmaşık etkileşim patolojisi, net ve uygulanabilir şekilde gösterilmişti.

Beck'in depresyon üzerine kapsamlı çalışmaları da, depresyonlu hastaların bozuk kişiler arası yaşantılarına önem verir. Depresyonla ilişkili olan samimi ve dostça ilişkilerin değerini yitirmesine dikkati çeker. Böylesi ilişkileri sürdürmedeki memnuniyetin ve tatminin kaybedilmesi, zayıflamış bağlılıkların takipçisi olarak görünür ve sevgi duyulan eski kişilere karşı ilgisizlik ya da umursamazlık duygularına dönüşebilir. Çelişkili şekilde, bu hastaların çoğunlukla artmış oranda gerçek dışı bağımlılık ihtiyaçları vardır. Depresyonlu hastaların

tipik negatif beklentileri ve bilişsel çarpıtmaları ile bu semptomlar, toplumsal yaşamlarını oldukça derinden etkiler.

Depresyon tedavisi için kişiler arası psikoterapi (KPT), depresyonun kişiler arası patolojisine dayanan ve özellikle bunu hedefleyen bir bireysel tedavi tekniğidir (Bölüm 3'te açıklanmıştır). Depresyonun çıkışındaki ve devamındaki bozuk kişiler arası ilişkilerin rolüne odaklanan bu kısa vadeli, bireysel psikoterapi tedavisinin, akut vakalardan iyileşmeye yardımcı olduğu ve tekrarlama riski üzerinde olumlu uzun vadeli etkiler bıraktığı düşünülür.

NASIL İŞE YARAR

Kişiler arası grup psikoterapisinin, depresyonlu hastaların tedavisine uygun olduğu, sayısız teorik sebepten ötürü açıkça ortadadır. Buna rağmen, bu tarz bir gruptaki depresyonlu kişiye nasıl terapötik olunacağının pratik meselesi daha az anlaşılırdır. Her ne kadar kişiler arası grup psikoterapisinin teorisinin ve tekniklerinin kapsamlı incelemesi, bu bölümün içeriğinin ötesinde olsa da (detaylar için Yalom'un 1985 yılındaki kitabına bakınız), bazı önemli hususları dile getirerek depresyona yönelik benzersiz uygulamalarına değineceğim.

"Şimdi ve Burada"da Kalmak

Yukarıda da bahsettiğim gibi, karma bir gruba iki ya da üç depresyonlu hastanın dahil edilmesi tercih edilir. Farklı cinsiyette iki terapistin olması en uygunudur. Bu tarz bir dahil etme, aile özelliklerinin grupta yinelenmesini sağlar ve cinsiyetle ilgili kişiler arası sorunlara hitap eder. İki terapiste duyulan ihtiyaç ayrıca, birbirlerinin açık, dürüst ve konuyla ilgili olmalarını sağlamaları ve grup içerisinde, birbirlerinin kişiler arası dinamiklerine perspektifler sunmaları için de önemlidir.

Yardımcı-terapistlerin, her gruptan sonra "değerlendirme yapmaları, grubun ilerleyişini ve yönetimini tartışmaları ve tedavi planıyla meşgul olmaları için bir araya gelmesi önerilir. Kişiler arası grupları yardımcı-terapistle yönettiğim deneyimlerimde, bu grup sonrası analizinin, grup sürecini anlamak ve kişinin, hastayla olan etkileşimlerinde iç görü kazanması için paha biçilmez olduğunu gördüm. Hatta yardımcı-terapistimle birlikte, yazılı iyileşme notları hazırladık ve bunları daha sonra hastalarımıza gönderdik. Bu hareketimiz, grup sürecinin gelişmesine katkıda bulunan terapist katılımı ve grup analizi için başka bir fırsat daha sağlamış oldu.

Etkileşim grubu, dizayn itibariyle oldukça dağınık bir ortamdır. Terapistlerin son derece yönlendirmesiz bir tutumda olduğu bu açık ortam, grubun özgürce sosyal bir topluluk şekline dönüşmesini sağlar. Bu gelişme, terapötik süreci kolaylaştırmak için gereklidir. Grup ortamındaki kişilerin bütünlüğünü korumak için, genellikle, üyeler arasındaki ekstra grup ilişkilerinin önüne geçilir. Zamanla, üyeler; güç, samimiyet, uyuşma ve düşmanlığın karışık şekilleriyle birlikte benzersiz bir sosyal sistem haline geleceklerdir. Gruptaki etkileşimlerin, dışarıdaki ilişki şekillerine benzediği ve bunları tekrarladığı düşünülür. Grubun destekleyici ve koruyucu çevresi içerisinde bu etkileşim şekillerinin ortaya çıkması, terapötik çalışmanın gerçekleşmesini sağlar.

Grup terapistleri olarak, geçmişe ait ya da genetik verileri gösterdikleri ve önemlerini azalttıkları için grup içindeki dinamiklere odaklanarak, "şimdi ve burada" yaklaşımı içerisinde çalışıyoruz. Yani, hastanın dışarıdaki ilişkilerinde ortaya çıkan memnuniyetsizlik ya da hayal kırıklıklarından ziyade, hastaların grupta birbirleriyle ilişkilerine önem verilmektedir.

Örneğin, yardımcı-liderlik yaptığım bir grupta, sürekli, eşiyle arasındaki problemleri gündeme getiren bir hastayı hatırlıyorum. Bu ilave konuşmaları, onun diğer grup üyelerinden

uzaklaşmasına neden oluyordu çünkü kimse eşini tanımıyor ve objektif bir değerlendirme yapamıyordu. Bu nedenle, grup terapistinin uğraşlarından biri de, grup davranışıyla bağlantılı olduğu için, dışarıdaki ilişkilere dair problemlerin psikolojik uygunluğunu daha geniş oranda saptamaktır. Bu durumda, görev iki misline çıkmaktadır. İlk amaç; hastanın eşiyle olan meşguliyetinin, diğer üyelerle kaynaşmaktan kaçınmasına nasıl neden olduğunu incelemektir. İkinci amaç ve belki de en uğraştırıcı olanı ise, eşiyle benzer problemleri olan diğer grup üyeleriyle hasta arasında gerçekleşecek etkileşimleri aramaktır. Bu teknik, eldeki hazır ve duygu yüklü malzeme aracılığıyla grubun tecrübeye dayalı gücünü artırır. Grup içerisinde, tecrübelerden ve bu tecrübelerin işlenmesinden bir döngü oluşturulur ve bu da, terapötik değişimin temeli olur.

Gruptaki Depresyonlu Hastayla Meşgul Olmak

Teoriyi uygulamaya geçirmeye çalışırken, depresyonlu bir hastanın terapi grubuna dahil edilmesi gibi çeşitli sorunlar ortaya çıkar. Depresyonun önemli psikolojik özelliklerini düşünün: Kötümserlik, umutsuzluk, çekingenlik ve motivasyon eksikliği. Bu niteliklerle depresyonlu hasta, kendi kendini idare etmeye ve tedavi arayışında olmaya eğilimli değildir ve hiçbir ruh sağlığı uzmanı tarafından teşhis konulmadan kalabilir. Bunun yanı sıra, bazı depresyonlu hastalar, olumsuz şekilde değerlendirilecekleri ve grup tarafından reddedilecekleri düşüncesiyle grup tedavisinin gerekliliklerine karşı koyarlar. Bu engeller, en iyi, tercihen bir danışma terapistinin de bulunduğu bireysel seanslardaki destekleyici ortamda ya da grup terapistine tarama vizitleri şeklinde dile getirilir. Bu engellerin üstesinden gelindiği zaman, kişiler arası ilişkiler grubu, toplumsal yönden uygunsuz davranışların birçoğunun dile getirilebileceği ideal bir terapötik alana dönüşür.

Bu çekinceler göz önünde bulundurulduğunda hasta ayrıca, hem gruba devamsızlığı hem de eninde sonunda gerçekleşecek gruptan ayrılma konusunda "risk altında" görünebilir. Grubun karma niteliğindeki, toplumsal yönden daha rahat ve dışa dönük olan üyeler baskın olmaya yönelecektir. Depresyonlu hasta, grup içerisindeki pasifliği nedeniyle, diğer hastaların gündemlerinin, kendininkilerin yerini almasına izin verebilecek ve böylece önemli fırsatları kaçırmış olacaktır. Bu durum grup içerisinde saptanmalı ve dile getirilmelidir. Bu terapistin görevidir ve diğer grup üyeleri de, depresyonlu hastaların katılımı için aktif şekilde uğraşmaları ve onları cesaretlendirmeleri için teşvik edilmelidir. Bu tarz girişimlerin sadece, hastada, yaşamakta olduğu toplumsal yalnızlık ve mahrumiyetle birlikte altta yatan farkındalık ve memnuniyetsizlik duygularına rastlandığında başarılması mümkündür.

Terapistler olarak, bu ayrıştırıcı davranış şeklinin, hasta için hoş olmadığına ya da egodistonik olduğuna dair kolayca fark edilmeyen ve muhtemelen bilinçsizce sergilenen belirtiler aramalıyız. Ayrıca, şimdi ve burada bağlamında ortaya çıktıkları için, temeldeki varsayılan her türlü yabancılaşma ve yalnızlık duygusu ile de kafa kafaya çarpışmalıyız. Depresif hastaya, "Bugün burada olmayı istemediğinizi hissediyorum, bunun hakkında söylemek istediğiniz bir şeyler var mı?" gibi doğrudan fakat empatik cümleler, depresyonlu hasta ile diğer grup üyeleri arasında daha terapötik bir değişimi hızlandırabilir.

Depresyonun klinik semptomları çoğunlukla, altta yatan güçsüzlük duygusuyla ilişkilidir. Sosyal çekingenlik ve durgunluk, kısmen, bu boşluk duygusuna bir tepki olabilir. Buna rağmen, bu çekingenlik tavrı, başkaları tarafından uzaklaştırıcı bir davranış olarak algılanabilir ve bu da, hastaların korktuğu toplumsal reddedilişin ortaya çıkmasına yardımcı olur. Öfke de, depresyonlu hastaların iletişim başarısını önemli ölçüde olumsuz etkileyen açıkça ya da örtük şekilde sergilenen bir

özelliktir. Öfkeli, depresyonlu hasta, başkalarını kendinden uzaklaştırırken bir taraftan da bunun neden böyle olduğuna şaşırır kalır. Bu tarz etkileşimli grup dinamiklerinin meydana çıkması, terapistin, grubun dikkatini çekmeyi hedeflediği, "ilerleme" kaydedildiğini gösteren iyi bir örnektir.

Grup tedavisinde uğraşılan bu zorluklar, poliklinik hasta terapisti tarafından da tahmin edilip dile getirilebilir. Böylece terapist, hastanın gruba katılımına önemli bir dayanak ve itici güç olarak yardımcı olabilir.

Kısa vadeli (on altı haftalık) poliklinik hasta grubundaki bir kişi, yukarıda bahsedilen sürece bir örnek teşkil etmektedir. Bu kronik olarak disforik ve yalnız olan hasta, yüksek oranda sosyal ilişki kurma arzusundaydı. Gayretle gruba katılıyor olsa da, kendini oldukça detaylı, monoton ve duygusuz şekilde ifade ediyor ve dinleyicilerin tepkilerine karşı duyarsız kalıyordu. Terapi süresince, grup terapistlerinin ve ardından da diğer üyelerin geribildirimleriyle, bu kişiler arası davranışının başkalarını sıktığını ve ondan uzaklaştırdığını öğrendi. Birçok seansın ve bu işlemin sürekli tekrarlanmasının ardından, sosyal yalnızlığındaki kendi aktif rolünü anlamaya başlamıştı.

Majör depresyonun etkileşimsel grup tedavisinin kullanımı için bir kural dizisi verilebilir fakat ortada formülleşmiş bir yaklaşım yoktur. Her ne kadar majör depresyonun ortak davranış özellikleri olsa da, hastanın temel karakter özellikleri, depresif semptomların kişiye özgü ifadesini belirleyecektir. Bu yüzden, gruptaki depresyonlu hastanın davranışı, bu daha karışık olan denklemin bir fonksiyonu olacaktır ve bu tarz kişisel farklılıklar, standartlaşmış bir yöntemin kullanımını engelleyecektir.

Başka bir deyişle, bu gruplarda, depresyonun kendisinden ziyade, kişilere özgü toplumsal belirtileri tedavi edilir. Bu belirtiler, sadece depresyonla birlikte ortaya çıkmakla kalmayıp hastalığın başlangıcında ve devamında da oldukça önemli ola-

bilir. Bu açıdan bakıldığında, depresyon tedavisi, kişinin semptom durumundan çok toplumsal yaşantılarına müdahale eder.

Sonucu Ölçmek

Kişiler arası ilişkiler grup terapisi, kontrollü sonucu olan araştırmalara ve grup tedavisinin daha standartlaşmış şekillerine nazaran daha az yardımcı olur. Depresyon tedavisi için etkileşimsel ya da psikodinamik grupların sistemli çalışmaları oldukça azdır. Terapötik tekniklerin denetimindeki ve yinelenmesindeki zorluklardan ötürü, bu tarz gruplarla çalışmak, bilişsel gruplarla çalışmaktan daha az uygundur. Terapistin terapötik tekniği, grup kompozisyonu ve diğer tedavi modalitelerinin sıklıkla birlikte ortaya çıkması, böylesi bir araştırmayı zorlaştırmaktadır.

Yürütülmüş bazı çalışmalar, farklı grup kompozisyonlarını ve karşılaştırma gruplarını incelemiş, bir dizi çelişkili sonuç ortaya çıkarmıştır. Covi ve Lipman'ın bir çalışması, kişiler arası grup tedavisinin, depresyon için, bilişsel-davranışsal gruplardan daha az etkili olduğunu belirtmiştir. Benzer olarak, Steuer ve meslektaşları, yaşlı depresifler için psikodinamik grupların, Beck Depresyon Ölçeğinde (BDÖ), bilişsel davranışsal gruplardan üstün olduğu, fakat diğer ölçümlerde eşit oldukları sonucuna varmıştır. BDÖ'nün kullanımı taraflı bir ölçüm olabilir çünkü değerlendirdiği semptomlar, özellikle bilişsel-davranışsal grupların odaklandığı semptomlardır. Diğer çalışmalar, depresyonlu üniversite öğrencileri için, kişiler arası ilişkiler gruplarıyla bilişsel davranışsal grup tedavisinin aynı etkide olduğu sonucuna varmıştır. Bu konuyla ilgili çeşitli çalışmaların daha güncel bir incelemesinde de, depresyonlu hastalar için "psikodinamik" grup psikoterapisinin, bireysel tedavi modaliteleri kadar etkili olduğu sonucu ileri sürülmüştür.

YATILI HASTA GRUPLARI

Majör depresyonun ayakta tedavisi süresince, bazı hastaların kısa ya da aralıklı sürelerle hastaneye yatırılması gerekebilir. Böylesi bir durum, farklı bir yapıdaki grup katılımı için fırsat sunabilir. Bu nedenle, kapsamlı yatılı hasta tedavi planlamasında, yatılı hasta grubunun yararlarının ve amaçlarının farkında olunması önemlidir.

Yatılı hasta grupları, hastaneye yatırılan depresyonlu hastanın tedavi planındaki standart bir unsur olabilir. Şiddetli nörovejetatif depresyonun pençesindeki bir hasta, karşılıklı öğrenmeden yararlanamayacak olsa da, diğer terapötik etmenlerden yarar sağlayabilir. Depresyonlu hastanın, sosyal bir ortama sokulmasının terapötik bir etkisi vardır: Alışılmış yalnızlık şeklini ortadan kaldırır. Hasta, dış dünyanın daha bir farkında olmaya başlar ve en azından geçici bir süre, dalgın ve düşünceli halde kendiyle meşgul olmaktan kurtulur. Ayrıca, evrensellik ve umut aşılama terapötik etmenleri de, ayakta tedavi ortamlarında oldukları gibi, depresyonun, yatılı hasta grup tedavilerinin başlangıç aşamalarında da etkin olabilirler. Genellikle bu faydalar, ağır hastaların bile yatılı hasta grubuna dahil edilmesini sağlar; daha sonra iyileşmeye başladıklarında, diğer terapötik etmenlerden de faydalanabileceklerdir.

Özel Konular

Tek başına yatılı hasta ortamı, grup psikoterapistlerini oldukça uğraştırır. Yatılı hasta birimlerine özgü problemlerin birçoğu, bu ortamdaki, teşhis bütünlüğünden bağımsız olan herhangi bir grubun işleyişini etkileyecektir. Grubun karşılaştığı çok temel ve önemli bir zorluk, birimde, muhtemelen birbiriyle rekabet halindeki tedavi modalitelerinin aynı anda ortaya çıkmasıyla uğraşmaktır. Grubun başarısı, grup üyelerinin kuvvet-

li bağlılığında yatar ve bu esas, bireysel ve çevre terapistlerinin, grup katılımını yüksek oranda desteklemesini gerektirir.

Personel, grubu tamamen benimseyip değer vermezse, hastalar, tedaviyle ciddi şekilde ilgilenmeyecektir. Personelin, grup tedavisinin kanıtlanmış etkililiği ve mekanizmaları hakkında eğitilmesiyle çevre desteği sağlanmış olur. Bu nedenle, gruba birleşmiş personel desteği sağlamak için, grup terapistlerinin yatılı hasta personeliyle yakından çalışması zorunludur.

Günümüzde yatılı hasta birimlerinde sık sık görülen taburcular, grup sürecine bir başka zorluk getirir. Gruplar, hızlı değişen üye sayısına maruz kalırlar ve tekrarlanan sayı artışlarıyla eksilmelerine katlanmaları gerekir. Bu, birçok hasta için zor bir durumdur fakat özellikle depresifler bu hususta çok kırılgandır. Yeni üyelere ve daha da önemlisi varolan ilişkilerin yitirilmesine adapte olmak, depresyonlu hastalar için stresli olacaktır. Bu yaşantı, bu hastaların duygusal tepkilerini artırarak eski travmatik kayıpları tekrar gündeme getirebilir. Bu, yatıştırıcı olmaktan çok rahatsız edici bir durum olsa da, terapötik çalışma için önemli malzeme sağlar. Yaşanmış grup olaylarını, benzer durumdaki kişilerin gerçeklik testiyle işlemeye odaklanmak, hastanın o anki duygusal tepkilerine yönelik içindeki çarpıklıkları saptamasına yardımcı olur. Grup formatı, hastanın, yaşadığı kaybın acı verici duygularını, destekleyici bir terapötik ortamda yeniden yaşamasını sağlar.

Hastanın hızlı bir şekilde devredilmesi, yatılı hasta grubu üyeleri arasında gerekli uyumun oluşmasına engel oluşturur. Uyum, olumlu tedavi sonucuyla sürekli ilişkide olan bir terapötik etmendir. Buna rağmen Maxmen, üyelerin böylesi hızlı bir şekilde değiştiği farklı tanılardaki yatılı hasta grubu mensuplarının, uyumu, hâlâ çok değerli bir terapötik bileşen olarak değerlendirdiğini göstermiştir. Grup kompozisyonu günlük değişiklik gösterebilse de, yatılı hastaların özel bir tedavi ortamında birlikte yaşadığı gerçeği yeterli miktarda telafi edi-

ci olabilir. Betcher'ın da belirttiği gibi, hasta ünitesindeki fazladan grup temasları o kadar güçlü ve kişisel bağlamda ortaya çıkar ki, ilişkinin gelişmesine itici bir güç olarak hizmet eder. Bu nedenle, bu ilişkilerin geçici doğasına rağmen, sağlanan samimiyet düzeyi oldukça yüksek olabilir.

Yatılı hasta gruplarının terapistleri için bir diğer zorluk da; hastaneye yatırılmış hastalardaki psikopatolojinin şiddetinin yüksek olma ihtimalidir. Özellikle depresyonlu hastalar, en üzüntülü ve umutsuz grup üyeleri olabilirler. Derin düşüncelere dalmaya ve kendileriyle negatif yönde ilgilenmeye yönelik eğilimleri, grup içi katılımlarına ve grup tarafından benimsenmelerine bariz engeller ortaya çıkarır.

Bu hastalarla ilk hedef, hissetikleri yalnızlık ve terkedilmişlik duygularının sürmesine neden olan etkileşim tarzlarını anlamalarına yardımcı olmaktır. Davranışlarının, etraflarındaki kişileri kendilerinden nasıl yabancılaştırdığını ve uzaklaştırdığını incelemeleri için teşvik edilebilirler. Mesela, grup geri bildirimlerinden, düşüncelerle kendilerini meşgul etmelerinin, başkaları tarafından ilgi eksikliği olarak algılanabileceğini öğrenebilirler. Böylece, depresyonun etkileşim patolojisi, grup psikoterapisinde belirlenmiş ve harekete geçirilmiş olur.

Terapistin Rolü

Hastaların kişiler arası sorunlarının ciddiyeti nedeniyle, yatılı hasta terapistinin yönlendirici bir rol edinmesi gerekir. Bu nedenle, hasta katılımını ve etkileşimini aktif olarak desteklemeli ve kolaylaştırmalıdır. Grup liderleri, farklı hastaların varolan ego güçlerine uyum sağlamalı ve grup sürecine katılımlarını cesaretlendirmelidir. Örneğin, şiddetli depresyondaki bir hastanın çekingenliğine ve ilgisizliğine rağmen, grupta önemli şeyleri kavrama ve empatik dinleme için kapasitesi olabilir. Bu tarz katkılar, terapistin hassaslıkla harekete geçirmesini

gerektirir; fakat ortaya çıktıkları anda da, çoğunlukla, terapistlerin sunduğu kişilerden çok, diğer hastalara değerli gelirler. Yatılı hasta ortamındaki daha mücadeleci grup terapistinin hedefi, hastanın grup sürecine alışıp, en nihayetinde grup sürecini yönlendirmede bir rol oynaması için yardımcı olmaktır.

Benzer olarak, karşılıklı destekten ve benimsemeden oluşan bir atmosfer yaratmanın da, grup terapisinin sonuç çalışmasında önemli bir yer tuttuğu belirtilmiştir. Ancak, hastalar çekingen ya da umursamaz olduğunda böyle bir ortam oluşturulamaz. Terapistler, gruba aktif katılımı teşvik etmelidirler çünkü bu, hem benzersiz bir fayda sağlar hem de grup içerisinde güven duygusunun ve benimsenmenin çerçevesini oluşturur. Bir grubun terapötik etkililiği, hem psikolojik malzemeleri işlemeye hem de diğer hastalara destek ve ilgi göstermeyi öğrenebilen hastaların aktif şekilde katkıda bulunmasına bağlıdır. Ciddi rahatsızlıktaki hastalarla birlikte bu uzmanlaşmış ortamın kısa bir süre içerisinde yaratılıp devamının sağlanması, yatılı hasta terapistinin en büyük uğraşıdır.

Grup liderleri çoğunlukla, yatılı hasta grubunun, özellikle depresyonlu üyelerinden kaynaklanan yavaş ilerleyişinden ötürü hayal kırıklığına uğrayacaktır. Bu hastaların, özellikle kısa süreli tedavi ortamındaki aşırı ihtiyaçları, istekleri ve hareketsizlikleri yüzünden bunalabilirler, kendilerini moralleri bozulmuş ve umutsuz hissedebilirler.

Hedefleri Belirlemek: Gündem Grubu

Terapistler, hastaların motivasyon ve iyileşme düzeyini artırmak, beraberinde de kendi hayal kırıklıklarının önüne geçmek için birçok önemli tedbir alabilirler. Uygun hedef belirleme, hastanın grup çalışmasına karşı istekli ve sorumlu olmasını sağlamak için son derece önemlidir. Hastanın kapasitesinin ötesindeki hedefler yıkıcı ve sadece hastanın kendisini olum-

suz şekilde değerlendirmesini pekiştirmeye neden olabilir. Ayrıca, daha makul hedefler belirlemek ve bu küçük fakat iyileştirici adımların kabul görmesine destek vermek, hastanın moralini düzeltmek için yardımcı olacaktır. Bu yardım, sırasıyla, grubun moraline ve bütünlüğüne de katkıda bulunacaktır. Bu metot, grup liderlerine de, zaman zaman patoloji denizi içinde gibi hissedilebilen iyileşme belirtileri sağlar.

Yalom'un tarif ettiği "gündem grubu", uygun hedef belirlemek için yararlı bir yapı teşkil edebilir. Grubun günlük toplantılarının başında, her hastadan bir gündem belirtmesi istenir. Bu gündem, hastanın seçmiş olduğu, kısa süreli bir etkileşim tedavi hedefidir: vakitli, sınırlanmış ve bu sayede gerçekleştirilebilir, duygusal yönden önemli ve güncel grup dinamiklerine uygundur. İdeal olarak gündem, hastanın kabul ettiği ve grupta açıklanan bir etkileşim problemini değiştirme isteğine bağlıdır. Grup liderleri çoğunlukla, uygun bir gündemin oluşturulmasına yardımcı olurlar; fakat, fikir, hastadaki motivasyon ve öz-farkındalık tohumlarından çıkmalıdır. Bu tarz bir gündem, hastanın tedaviye ve değişime yatırım yapmasını ve sorumlu olmasını garantiler. Bu, tek bir grup seansının sınırlı süresi içerisinde başarılabilecek bir tedavi amacına odaklanmak için kullanılan bir araçtır.

Gündem, gruba girmek ve katılımda bulunmak için somut hedeflere ihtiyaç duyan depresyonlu hastalara özel yarar sağlar. Normalde, inisiyatif hastaların elinde değildir ve bu hastalar sosyal insiyatif, kendilerine dönük düşünceler ve meşguliyetler konusunda sorun yaşamaktadırlar. Slife, bunun da ötesinde, depresyonlu hastaların, spontane grup katılımlarını engelleyebilen, bilişsel işlem yeteneklerinde bir azalma olduğunu ileri sürmüştür. Gündem, depresyonlu hastanın gruba aktif katılımını ve anlamlı bir tedavi hedefiyle istekle uğraşmasını teşvik eden, grup ve hasta arasındaki bir anlaşmadır.

Örneğin, erkeklerle çoğunlukla soğuk ve sert etkileşimde

bulunan depresyonlu bir kadını düşünün. Arzu ettiği ilişkileri kurmakta başarısız olduğunu düşünüyor. Böylesi bir hasta için en uygun gündem, gruptaki erkeklere yönelik yaklaşımının doğurduğu etkinin farkında olmak olabilir. Bu görev, erkek hastaların, onu uzak ve mesafeli bulduklarında, kendisine doğrudan geribildirim vermesini rica etmesiyle başarılabilir. Belirlenmiş gündem, hastanın, diğerlerinden değerli (bazen olumsuz olmasına rağmen) geribildirim istemesini sağlar. Bu tarz bir gündem ayrıca, altmış ile doksan dakikalık grup seanslarında da başarılabilir.

Bir hastanın, muhtemelen bilinçsizce sergilediği davranışları hedeflere aykırı düştüğünde, terapistler ve diğer hastalar, bu hastaya belirlenmiş hedefleri hatırlatmak için gündeme başvurabilirler. Hastalar, her ne kadar onlarla başa çıkma arzusunda olsalar da, kimi zaman sorunlarıyla yüzleşmekten kaçabilirler. Gündem ayrıca, tek bir grup seansı içerisinde yönetilebilir bir tedavi hedefini sürdürmekte de bir rehber niteliğinde iş görebilir. Herhangi bir hastanın grupta kalma süresinin başlangıçta net olmadığı ve maalesef çoğunlukla kısa sürdüğü yatılı hasta ortamında, bu rehberlik son derece önemlidir.

BİLİŞSEL-DAVRANIŞSAL GRUP TERAPİSİ

Depresyonun poliklinik hastalar grubuna yönelik sıklıkla kullanılan bir yaklaşımı, Beck'in depresyonun bilişsel teorisi üzerinde biçimlendirilmiştir. Bu teori, depresyonun, kendilik değerine yönelik, varlığını devam ettiren bir dizi olumsuz çarpıtmadan kaynaklandığı düşüncesine dayanır. Gerçekte, hasta, geçmiş yaşantılarına dayandırdığı negatif bir kendilik-yapılandırması ve kötümser bir dünya görüşü geliştirir. Hastalık, yeni yaşam durumlarının adet haline gelmiş olumsuz yanlış yorumlamalarıyla gelişir ve ciddileşir. Etkili terapi, bilişsel çarpıklık sürecini engellemeli ve uyumsuz inanç sistemlerini değiştirmelidir.

Beck'in teorisi, teşhis yönünden homojen olan bir grup formatına kolaylıkla adapte edilir. Bilişsel çarpıtmalar, başkaları tarafından dışarıdan doğrulanma eksiklikleri nedeniyle, gruplarda göze çarpan şekilde kolayca saptanırlar. Örneğin, bir başka hastayı emin olmadan reddedici ve soğuk olarak gören bir hasta, algılamalarının, gözlemciler tarafından onaylanmadığını görecektir. Böylece, işlevsel olmayan inançlar ve yanlış algılamalar, tedavi sırasında fark edilebilir hale gelir. Bunun dışında, grubun sosyal dinamikleri, depresyonlu hastanın altta yatan, kendi hakkındaki negatif yönde karşılaştırmalarını ortaya çıkaracak ve öz saygı sorunlarını ön plana çıkaracaktır. Grubun homojen niteliği, bu ortak konuların, ana odak ve başlıca grup gündemi olmalarını sağlar.

Bilişsel-davranışsal grup terapisinin (BDG) teknikleri, kişiler arası ilişkiler gruplarında kullanılanlardan belirgin şekilde ayrılır. Bilişsel-davranışsal gruplar, oldukça yapısal, homojen ve neredeyse her zaman kısa sürelidir (sözde kapalı uçlu). Kişiler arası ilişkiler gruplarının açık formatına ve heterojen kompozisyonuna karşıt olarak, daha iyi belirlenmiş bir dizi tedavi hedefine güvenirler. BDG tedavisinin süresi, on altı ile yirmi hafta civarında süren haftalık ya da iki haftalık seanslar şeklinde çeşitlilik gösterir. Tüm hastaların, komple tedavi sürecine yönelik net bir bağlılıklarının olması gerekir ve bazı klinik uzmanları, başlangıçta, tedaviye uymayı garantilemeye yardımcı olması için, hastalara, tüm tedavi süreci için bir daire fiyatı biçmelerini önermişlerdir.

Hedefleri Belirlemek

Kişiler arası ilişkiler gruplarında olduğu gibi, bilişsel-davranışsal gruplarda da, grup lideri olarak iki terapistin ve altı ile on arasında değişen sayıda bir hasta grubunun olması önerilir. Yatılı hastaların kişiler arası ilişkiler grubunda kullanılan gün-

dem metoduna benzer şekilde, makul ve sınırlanmış hedefler üstünde durulur. Hedef belirleme ve tedavinin seyri, grubun evresine bağlı olarak bir bakıma daha düzenlidir. Ev ödevi görevleri de, sürecin önemli bir parçasıdır.

Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ) ardışık kullanımı yaygın bir uygulamadır. Bu ölçek, liderlerin, puanları çizelgeleyerek grubun gidişatı boyunca hastaların iyileşmesini değerlendirmelerini ve görsel bir belge sunmalarını sağlar. Depresyonun ne olduğu ve bilişsel- davranışsal tedavinin mekanizmaları hakkında hastaları bilgilendirmek, tedavinin ilk aşamalarında gerçekleştirilir. Ardından, olumsuz bilişsel ve davranışsal süreçleri çevreleyen daha spesifik hedefler ve alternatif, daha uyumlu ve daha az depresyonik süreçler için öneriler sunulur.

Bazı grup klinik uzmanları, süre sınırlı (kapalı uçlu) bilişsel grupları üç ana aşamada özetlerler. İlki, bilişsel-davranışsal terapinin teorisinin ve mantığının açıklanıp uygulandığı eğitici aşamadır. Daha sonra, hastaların, günlük yaşamlarındaki kendilerine yönelik olumsuz kavramsallaştırmalarını fark etmelerine ve ardından davranışlarını değiştirmelerine yardımcı olma gayesiyle, "aşamalı uygulama görevleri" verilir. Terapötik görevler; resmi şekilde, genellikle belirli yazılı ödevlerin kullanımıyla gerçekleştirilir.

İkinci aşama boyunca, ilk aşamada öğrenilen araçlar, etkileşim grubu bağlamında uygulanır. Bu süreçte, kişinin negatif kendilik algılamaları, gruptaki akranlarınınkiyle karşılaştırılarak kontrol edilir. Üçüncü aşama, tedavi kavramının yeniden çerçevelendirilmesine ve son konuların incelenmesine odaklanır. Başlıca amaç, gelecekteki tedavi ihtiyaçlarının başarısızlık anlamına gelmediği düşüncesinin benimsenmesini sağlamaktır. Terapistler, depresyondan iyileşmenin, periyodik olarak eski tedavi şekillerine dönmeyi gerektirebilen ömür boyu süren bir süreç olduğu gerçeğini vurgular.

Bilişsel-davranışsal grup terapisinin bazı yönlerinin, biliş-

sel tedavi hedeflerini kolaylaştırmak için etkileşim grubu tekniklerini ve grup sürecini kullanmayı içerdiği gayet açık ortadadır. Buna verilebilecek ana örnek, grup geri bildiriminin önemidir. Gerçeklik testi ve özellikle kişinin benlik algısı ve yorumlamalarını, akran grubunun gözlemleriyle karşılaştırarak kontrol etmek, depresif biliş yapısının işleyişini durdurmak için ilk adımdır.

Bunun yanı sıra, sosyal ve etkileşimli doğasıyla grup, hastanın altta yatan kendine yönelik negatif karşılaştırmalarının, terapötik değişim için yüzeye çıkmasını ve hazır olmasını sağlayacaktır. Daha önce bahsedilen terapötik etkisinin yanı sıra fedakarlığın, bilişsel gruplarda bir başka yararı daha olabilir. Başkalarına faydalı katkılarda bulunmakla gerçekleşen öz saygıdaki artışın ötesinde, depresyonlu hastaların bir akranının bilişsel çarpıtmalarını düzeltmedeki rolü, kendi olumsuz yanlış algılamalarının ortadan kalkmasına yardımcı olabilir. "Böylece grup üyeleri, varsayımlarını gerçeklik testine tabi tutarak kendi uyumsuz tepkilerini düzeltme becerilerini artırırlar."

Bilişsel grup psikoterapisi, bu rahatsızlıktan mustarip olan hastalara, kısa süreli, uygun maliyetli bir tedavi alternatifi sunar. Psikodinamik ya da özellikle etkileşim grubu yaklaşımlarının aksine, deneysel ortamda test edilebilme avantajı vardır ve birçok çalışma, majör depresyon rahatsızlığında semptom azalması için bu tedavinin kullanılmasını desteklemiştir.

Sonucu Ölçmek

BDG'nin açıklanan birçok tekniği, etkinliğinin sistematik çalışmasından türemiştir. Bilişsel grup yaklaşımına ilk destek, bilişsel ve grup tecrübelerini hem tek tek hem de birlikte karşılaştıran ve ikincisinin daha üstün olduğunu bulan Gioe tarafından verilmiştir. Covi ve Lipman, bilişsel davranışsal terapiyi hem tek başına hem de kişiler arası ilişkiler gruplarına anti-

depresan tedavisiyle birlikte karşılaştırmış ve BDG'lerin üstün olduğu sonucuna varmışlardır.

DİĞER ÖZEL HUSUSLAR

Depresyonlu hastalar için grup terapisi düşünüldüğünde, birçok başka sorun ortaya çıkar. Bunlar aşağıda açıklanmaktadır.

Sağlık Yönetimi Kaygıları

Grup tedavi modaliteleri birçok yönden, sağlık reformunun doğmakta olan akımına gayet uygundur. Süre sınırlı, kısa dönemli grup terapisinin yaygın kullanımı (genellikle on altı-yirmi seans civarı), kısıtlı ve sınırlanmış hizmet sunmak için sağlık sistemi planlarının hedefleriyle uyum içerisinde olmalıdır. Bireysel planlar oldukça çeşitlilik gösterse de birçok kişi, bir grup seansını yarım seansa eşit görmektedir ve böylece, bir grup tedavisi süreci, normalde yirmi görüşmeyi kapsayan limitin sadece sekiz ya da on seansını kullanacaktır.

Tedavinin tüm süreci için izin alınırken bazı zorluklar ortaya çıkabilir; birçok sigorta planının, seans sayısı üzerinde belirli sınırlamaları vardır. Terapistler açıkça, tüm seansların izinli olmasının garantisine ihtiyaç duyarlar çünkü anlam ifade etmesi için düzenli müdahalelerde bulunulması açısından tedavi sürecinin tümüne katılmak gereklidir. Bu yüzden, özel izin istemek ve gerekli izni almak için bu konular hakkında doğrudan sigorta şirketinin yöneticileriyle konuşmak gerekebilir.

Tıbbi Tedavi

Tıbbi tedavi sorunu, depresyonlu hastaların grup tedavisinde her zaman ortaya çıkacaktır. Psikoterapiye ek olarak tıbbi tedaviyi de gerektiren bu hastalar, doktor vasfındaki grup tera-

pistlerinin bu tedaviyi yürütmesini isteyebilir. Birçok sebepten dolayı, farmakolojik uygulama, grubun dışında gerçekleştirilmelidir. Söz konusu sebeplerin çoğu, özellikle karma gruplarla ilgilidir.

İlk olarak; psikofarmakolojik değerlendirme ve bakım için gerekli olan mental durum muayenesi, tüm grubun belli bir hedefi olmadığı müddetçe, grup seansları süresince gerçekleştirilemez. Durum böyle olduğunda, görevi gerçekleştirmek için terapist ve hasta arasında ekstra grup ilişkilerine ihtiyaç duyulacaktır. Fakat daha önce de bahsedildiği gibi, seçilmiş hastalarla olan ekstra grup münasebetleri, adam kayırıldığı görünüşüne yol açarak, grup aktarım dinamikleri üzerinde kötü bir etki bırakır. Tüm grup üyeleriyle gerçek eşitlikte bir tedavi ilişkisi sürdürmek önemlidir.

Ek sorunlar, tamamen tıbbi tedavi uygulamasından kaynaklanır: Tıbbi tedavi gören depresyonlu hastalar, hastalıklarını her şeyden önce biyokimyasal olarak tanımlamaya ve hastalığın kişiler arası ilişki esaslarına karşı daha az sorumluluk almaya eğilimlidirler. Grup terapisti operasyon yönünden bu biyokimyasal tanımdan kurtulduğu zaman, hastayı, depresyonunun kişiler arası ilişki bileşenlerinin farkında olması için teşvik etme görevini kolaylıkla başarabilir. Dışardan bir doktorun önerdiği farmakoterapinin ek kullanımı, depresyonlu hasta için yardımcı ve tamamlayıcı tedavileri sürdürme gereği için iyi bir örnektir.

İntihar eğilimi

Majör depresyonlu hastalarla çalışırken, intihar eğilimi en azından bazı hastalarda kendini gösterir ve böylece terapi grubu için uğraştırıcı bir sorun çıkarmış olur. İntihar eğilimindeki hasta, grubun enerjisini önemli miktarda alır ve diğer konular üzerindeki dikkatin kendisine yöneltilmesini ister. İntihar

düşüncesi ya da işaretleri ortaya çıktığı zaman, grup terapistleri ve hastalarda anksiyete görülür. Grubun diğer üyeleri, bu görevden bunalmalarına ve kendi terapötik sorunlarından uzaklaşmalarına rağmen, sıkıntılı hastaya yardım etmeye zorlandıklarını hissedebilirler. Uygun şekilde ele alınmadığında intihar eğilimi, grup için engelleyici bir stres unsuru haline gelir. Bu nedenle birçok terapist, bu hastaları gereksiz yere grup tedavisinden mahrum edebilir.

Grup içerisinde oluşacak akut bir intihar riski ya da tehdidi, grubun tümü için anlam ifade ettiği şeklinde işlenebilir. İntihar eğilimindeki hastanın sorunu öncelikli olarak ele alınmalıdır; fakat acil olduğunun bilinmesine rağmen, diğer hastalar bu odak değişikliği nedeniyle içlerinde üzüntülü duygular barındırabilirler. Bu yüzden, kriz çözülür çözülmez, geriye dönmek ve bu duyguları açığa çıkartmak önemlidir.

Grup terapistlerinin riskin ciddiyetini belirlemesi gündemin ilk maddesidir ve bir ya da iki terapistin eşliğinde bireysel seansları gerektirebilir. Eğer hastaneye yatırma düşünülmüyor fakat ek tedbirlerin alınması gerekiyorsa, grup üyeleri, krizdeki hastayla gerçekleştirilen sık ekstra grup kontrollerinin geçici destek ağına katılmaya dahil edilebilirler. Bu yöntem, sadece intihar eğilimindeki hastaya zor zamanlarında yardımcı olmakla kalmaz, aynı zamanda, gruptaki güven ve uyum duygusunun önemli ölçüde artmasını da sağlar.

Kriz, anlık tehlikeler ortaya çıktığı an işlenmesi gereken sayısız önemli kişiler arası sorunu tetikleyebilir. İntihar eğiliminde olmayan grup üyelerinde, çaresizlik ya da ihanet duyguları patlak verebilir. Eğer önceden kesin olarak fark edilmediyse, intihar eğilimindeki bu hasta, grup üyelerini şok edecektir. Hastaya yeterli desteği sağlayamadıkları için kişisel suçluluklarına yönelik tepkileri, grup tedavisine olan inançlarını yitirmeye kadar çeşitli olacaktır. Ayrıca, daha yakın hastalar, intihar düşüncesini, ilişkilerinin önemini inkar etme ola-

rak algılayabilirler; yani bu durum, bağlılıklarının ihanete uğradığı şeklinde görülür.

Diğer hekimler, intihar eğilimini, özellikle bu eğilimdeki hastalardan homojen bir grup oluşturarak tedavi etmiştir. Bu tarz gruplar, kafası intihar düşüncesiyle meşgul olan hastalara, heterojen gruplarda mümkün olmayan avantajlar sunabilir. Geniş çapta dağıtımı olan bir gazetede, Frederick ve Farberow bu konuyu tartışıp intihar eğilimli grubun formatını ve kendine özgü odağını ayrıntılarıyla işlemiştir. Bu yazarlar, grup çerçevesinin temel yönlerini değiştirirler. Örneğin, birçok kişiler arası ilişkiler grubu terapistlerinin tedavi süresince yasakladığı ekstra grup ilişkilerinin aksine, destekleyici nitelikteki bu görüşmeleri teşvik ederler. Ayrıca, sabit zaman kısıtlamalarını önermezler; daha ziyade, hastaların ihtiyaçlarına bağlı olarak esnek bir bitiş tarihi önerisinde bulunurlar.

Diğer yazarlar, bunun da ötesinde, bu tarz bir grupta düzenli katılımın bir zorunluluk olmaması gerektiğini ileri sürerler. Haftalık grup toplantılarına olan bağlılık tamamen gönüllüdür. Hastalara "gruba katılırlarsa, memnun olunacağı" düşüncesi sunulur. Amaç; grubu, intihar eğilimindeki hastalar için elverişli, güvenli, cezbedici olan yargısız, açık bir ortam haline getirmektir.

İntihar eğilimli grupların liderleri, hızla sağlanan uyumdan ve belirgin bir karşı koyma yokluğundan bahsederler. "Hasta, bu tarz bir gruba girdiği andan itibaren, semptomlar kendini gösterir. İntihara teşebbüs etmiş biri olmanın patolojisi, savunmacı tedbirlerle kolaylıkla gizlenemez." Yazarlar, bu durumdaki hastaların, direncin tedavi sürecinde bir tehdit unsuru yaratmadığını açığa vuran psikopatolojilerinin olduğu sonucuna varmışlardır. Bu grup formatının diğer bir önemli avantajı da; intihar eyleminin, bu ortamlarda kişiler arası gücünün çoğunu yitirmesidir. "Bu yaşantı açıkça konuşulup tartışılır ve kişiselden ziyade, bir ortak deneyim alanı olarak gö-

rülür." Bunun dışında, intihar eğilimli hastaların, akranlarını intihar çözümünden uzak tutmada aktif ve destekleyici bir rol oynaması beklenir. Bu, hem krizdeki hasta hem de yardım sunan grup üyeleri için terapötik bir roldür.

Bu grup türünün gidişatı ve yönlendirilmesi büyük oranda, hastaların akut krize saplanmış mı yoksa krizi atlatmış mı olduğuna bağlıdır. Kriz zamanlarında şüphesiz, son derece destekleyici ve pratik bir yaklaşım uygulanır. Bu vakalar; bireysel terapistler, arkadaşlar ya da aile gibi dış kaynakların sürece dahil edilmesini gerektirebilir. Dış kaynakların dahil edilişi, kriz yönetiminin önemli bir parçasıdır. İntihar eğilimi krizi çözüldükten sonra, daha içedönük ve araştırıcı çalışmalar teşvik edilmelidir. Bazı grup terapistleri, kısa dönemli intihar eğilimli grupların, akut krizdeki hastalar için kullanılmasını ve uzun dönemli grupların, daha iç-yönelimli bir yol izlemek isteyen istikrarlı hastalar için düşünülmesi gerektiğini savunurlar.

Frederick ve Farberow ayrıca, intihar eğilimli hastalar için homojen grubun diğer bir cezbedici yönü olarak, terapist ve hasta arasındaki aktarımın yoğunluğundaki azalmadan bahsederler. Aktarım olgusunun temelini genişleterek suçluluk yansıtmasını azalttığı için, bunu tedavi sürecinde bir avantaj olarak görürler. Bu yazarlar, niteliği gereği bu grup ortamının, hastanın terapiste yönelik ifade ettiği duygularının yoğunluğunu dağıttığını ileri sürerler. Hastanın duygusallığı, tek başına terapistten ziyade, tüm grup tarafından paylaşılır ve özümsenir. Böylece grup formatı, intihar eğilimli hastalarda çıkan ve bazen bireysel terapiste karşı konulamaz gibi görünen yoğun ve zor negatif duygularla baş etmek için çok uygundur.

İntihar düşüncesinin ötesine gidersek, gerçekleşmiş bir intiharın terapi grubu üzerindeki etkisi nedir? Bu, gruba ve terapistlere oldukça büyük önemi olan bir travma olarak yansır, güçlü ve üzücü sorunları harekete geçirir. Literatürdeki birkaç vaka raporu, intiharın terapi grubundaki etkisini açıklar; fakat,

olayla ilgili klinik tecrübe yetersiz olabilir. Kibel, devam etmekte olan bir grubundaki bir hastanın intiharıyla ilgili açıklamasını ve bunun grubun ilerleyişi ve memnuniyeti üzerindeki etkisini paylaşmıştır. Grubun, travmaya karşı tepkilerinde toplu olarak geçtiği birçok aşamadan bahseder. İlk başta, şok ve üzüntü tepkisi verilmiş; bunu, hastanın gruptaki önemini azaltarak, yaşanan kaybı inkar etme girişimleri takip etmiştir. Gerileme apaçık ortadadır: hastalar, terapist üzerindeki bağımlılıklarında artış göstermiş ve eski problemli davranışlarına geri dönmüşlerdir. Bazı üyeler, gruptan duygusal yönden çekilmiş ve kimisi de grubu yarıda bırakmıştır.

Travma üzerindeki yavaş süreçli çalışma devam ettikçe Kibel, bazı üyelerin suçlulukla tepki verdiğini gözlemlemiştir. Bu tepkilerinin nedeni ise; grubun, hastanın ıstırap seviyesini fark edememiş olmasıdır. Terapistin altta yatan kızgınlık ve suçlama duyguları da meydana çıkar. Bazı hastaların, bu olaydan sonra içruhsal değişime karşı oldukça motive oldukları dikkate değerdir. Yüzleşmeyi artan açıklıkla kabul etmişlerdir ve terapötik çalışmaya katılmak için ilk kez hissettikleri şevkleri olduğu görülmüştür.

İntihar nedeniyle bir grup üyesini kaybeden grup terapistleri, oldukça karışık ve üzücü duygular yaşar. Kibel, "Normalde, öz saygıda çok büyük oranda bir kayıp söz konusudur. İntihar, hem bir kişisel başarısızlık hem de profesyonel anlamda yetersizlik olarak görülür," diye belirtmektedir. Terapist yeteri kadar uğraşıp uğraşmadığını düşünür. Kibel, bu yükle birleştirerek bize şunu hatırlatır: "Terapist bir yandan diğer hastaların önünde kendi utancıyla baş etmeli, diğer yandan da zor bir görev olarak hastaların intihara olan tepkilerini hafifletmeye çalışmalıdır." Terapist olay hakkındaki kendi karşı aktarım tepkileriyle ve inanılmaz derecedeki umutsuzluğu ve üzüntüsüyle başa çıkmalı, bu duyguları, grubun onun rolü ya da sorumluluğu hakkındaki tahminleri ve çarpıtmalarından ayırt et-

melidir. Her ne kadar bu tür bir travmaya oldukça az rastlansa da, depresyonlu ve intihar eğilimli kişilerin tedavisini üstlenen grup terapisti, bu durumla baş etmek için hazır olmalıdır.

Şüphesiz, bu tarz zor durumlarda ikinci bir terapistin daha olması çok işe yarar. Korkmuş ve suçlu hastaları destekleyip rahatlatma ve grubu kriz süresinde gerçek bütünlüğünde devam ettirme görevi çok önemlidir. Ölmüş hastanın mahremiyetine saygı duyarken, grup normlarını açık ve dürüst bir ifadeyle sürdürmek de ayrı bir uğraştırıcı durumdur. Yardımcı-terapi modeli bu süreçte yararlıdır çünkü terapistler kendi güçlü tepkileriyle mücadele ediyor olacaklardır ve uzlaşmacı olabilirler. Yardımcı-terapistler sadece bu yükü paylaşmazlar fakat daha da önemlisi, bu durumlarda ortaya çıkan güçlü aktarımı işlerken birbirlerine objektif bakış açısı da sağlarlar. Liderliği paylaşmak, bakış açısını sürdürmeye ve gidişatı terapötik yönden etkili bir şekilde devam ettirmeye yardımcı olur.



Bu bölüm öncelikle, depresyon için grup tedavilerinin teorileri ve teknikleri üzerine odaklandı. Bu ilkeler, grup terapisinin doğrudan uygulamasıyla ilgilenenlere daha yararlı olsa da, birçok sebepten ötürü, bireysel terapistler için de önemlidir.

Bu sebeplerin en önemlisi, grup sürecini ve içeriğini anlamanın, bireysel terapiste, grup tedavisi yeterliliğindeki ve ihtiyacındaki depresyonlu hastaları belirlemesinde yardımcı olmasıdır. Böylesi bir sevk başarılı olduğu an, bireysel terapist, tedavinin doğası hakkında bilgili olduğundan daha yardımcı bir rol oynayabilir. Ayrıca, bir hastanın her modalitedeki seyri ve iyileşmesi hakkında bireysel ve grup terapistleri arasındaki düzenli iletişim, muhtemelen her iki tedavi şekline de yarar sağlar.

NOTLAR

S. 154, *bir kişiler arası ilişkiler grubunun en ideal büyüklüğü*: Yalom, I D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3rd ed.)- New York: Basic Books.

S. 155, *on bir terapötik etmen*: Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3rd ed.). New York: Basic Books.

S. 158, *kişiler arası patolojiye etiyolojik olarak bağlı olduğu:* Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

S. 158, *depresyonlu kişilerin ilişkilerindeki baskın bir başka kişi*: Beinporad, J. R. (1977). Resistances encountered in the psychotherapy of depressed individuals. *American Journal ol Psychoanalysis*, 37, 207-214.

S. 158, *insani değerinin kabulünün:* Arieti, S. (1978). *On schizophrenia, phobias, depression, psychotherapy, and the farther shores of psychiatry*. New York: Brunner/Mazel, p. 230.

S. 160, *toplumsal yaşamlarını etkiler*: Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University ol Pennsylvania Press.

S. 160, *detaylar için Yalom'un 1985 kitabına bakınız*: Yalom, I. D. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy* (3rd ed.). New York: Basic Books.

S. 165, *Covi ve Lipman'ın bir çalışması*: Covi, L.,& Lipman, R. S. (1987). Cognitive-behavioral group psychotherapy combined with imipramine in major depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 23, 173-176.

S. 165, *Benzer olarak Steuer ve meslektaşları*: Steuer, J. L., Mintz, J., Hammen, C. L., et al. (1984). Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 180-189.

S. 165, *depresyonlu üniversite öğrencileri için grup tedavisi*: Hogg, J. A., & Deffenbacher, J. L. (1988). A comparison of cognitive and interpersonal-process group therapies in the treatment of depression among college students. *Journal of Counseling Psychology*, 35, 304-310.

S. 167, *Maxmen, üyelerin böylesi hızlı bir şekilde değiştiği*: Maxmen, J. S. (1973). Group therapy as viewed by-hospitalized patients. *Archives of General Psychiatry*, 28, 404-408.

S. 168, *Betcher'ın da belirttiği gibi*: Betcher, R. W. (1983). The treatment

of depression in brief inpatient group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 33, 365.

S. 170, *Yalom'un tarif ettiği "gündem grubu"*: Yalom, I. D. (1983). *Inpatient group psychotherapy*. New York: Basic Books.

S. 170, *Slife, bunun da ötesinde, depresyonlu hastaların ... ileri sürmüştür*: Slife, B. D., Sasscer-Burgos, J., Froberg, W., & Ellington, S. (1989). Effect of depression on processing interactions in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 39, 79-104.

S. 171, *Beck'in depresyonun bilişsel teorisi*: Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

S. 173, *üç ana aşamada özetlerler*: Covi, L., Roth, D., & Lipman, R. S. (1982). Cognitive group psychotherapy of depression: The close-ended group. *American Journal of Psychotherapy*, 36, 459-460.

S. 174, *kendi uyumsuz tepkilerini düzeltme*: Hollon, S. T., & Shaw, B. F. (1979). Group cognitive therapy for depressed patients. In A. T. Beck, A. J. Rush, B. F. Shaw, & G. Emery (Eds.), *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press, p. 335.

S. 174, *Gioe tarafından verilmiştir*: Gioe, V J. (1975). Cognitive modification and positive group experience as a treatment for depression (Doctoral dissertation, Temple University, 1975). *Dissertation Abstracts International*, 36, 3039B-3040B. (University Microfilms No. 75-28, 219).

S. 175, *BDG'lerin üstün olduğu*: Covi, L., & Lipman, R. S. (1987). Cognitive behavioral group psychotherapy combined with imipramine in major depression. *Psychopharmacology Bulletin*, 23, 173-176.

S. 178, *intihar eğilimli grubun formatını ve kendine özgü odağını*: Frederick, C. J., & Farberow, N. L. (1970). Group psychotherapy with suicidal persons: A comparison with standard group methods. *International Journal of Social Psychiatry*, 16, 103-111.

S. 178, *savunmacı tedbirlerle kolaylıkla gizlenemez*: Frederick, C. J., & Farberow, N. L. (1970). Group psychotherapy with suicidal persons: A comparison with standard group methods. *International Journal of Social Psychiatry*, 16, 103-111.

S. 178, *kişiselden ziyade bir ortak deneyim alanı*: Asimos, C. T, & Rosen, D. H. (1978). Group treatment of suicidal and depressed persons: Indica-tions for an open-ended group therapy program. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 42, p. 517.

S. 179, *daha iç yönelimli bir yol izlemek*: Comstock, B. S., & McDermott, M. (1975). Group therapy for patients who attempt suicide. *International Journal of Group Psychotherapy*, 25, 44-49.

S. 179, *aktarım olgusunun temelini genişleterek*: Frederick, C. J., & Farberow, N. L. (1970). Group psychotherapy with suicidal persons: A comparison with standard group methods. *International Journal of Social Psychiatry*, 16, 103-111.

S. 180, *Kibel, devam etmekte olan bir grubundaki bir hastanın intiharıyla ilgili*: Kibel, H. D. (1973). A group member's suicide: Treating collective trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*, 23, 42-53.

S. 180, *hem bir kişisel başarısızlık hem de profesyonel anlamda yetersizlik*: Kibel, H. D. (197 5) A group member's suicide: Treating collective trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*, 23, 42-53.

S. 180, *zor bir görev olarak hastaların, intihara olan tepkilerini hafifletmeye çalışmak*: Kibel, H. D. (1973). A group member's suicide: Treating collective trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*, 23, 42-53.

6. BÖLÜM

BEDENSEL TERAPİ

Charles DeBattista and Alan E Schatzberg

Son antidepresan tedavileriyle ilgili avantajlar ya da kötü alışkanlıklar hakkındaki yazılara rastlamadan bir hafta geçirmek oldukça nadirdir. Peter Kramer'in "*Listening to Prozac*" kitabı gibi popüler kitaplar da, bu tedavilerin yararları hakkında halkın hayal gücünü harekete geçirmiştir. Okuduğunuz kitaba ya da metne bağlı olarak, bu tıbbi tedaviler ya her türlü depresyon vakasını ortadan kaldıran tamamen güvenli mucize tedavilerdir ya da normal insanları, katile ya da nemfomana dönüştüren tehlikeli psikotropik ilaçlardır.

Gerçek, tabii ki, bu uç düşüncelerin arasında bir yerdedir. Antidepresanların da dahil olduğu tüm tıbbi tedaviler, terapötik fayda sağlamak için potansiyelin yanı sıra, problemli yan etkiler de taşır ve majör depresyonu tedavi eden bizler için, bunların farkında olmak üç sebepten ötürü gittikçe artarak zorunlu olmaktadır. İlki; biz nasıl ki terapistler olarak antidepresan terapisindeki son gelişmelere ayak uydurmaya çalışıyorsak, hastalarımız da bu gayret içerisindedir. Depresyonu tedavi ediyorsanız, belli bir antidepresan hakkında bir şeyler okumuş ve özellikle onu isteyen birçok hastayla muhtemelen karşılaşmışsınızdır. Diğer taraftan da, herhangi bir "ruh halini de-

ğiştiren ilaç" kullanmaktan oldukça korkan hastalarınız olabilir. Bu nedenle, hastalarınıza tedavi seçeneklerinin neler olduğu ve her seçenekten neler bekleyebilecekleri hakkında bilgi vermeniz önemlidir.

İkincisi; üçüncü parti ödeyiciler, Özel Bakım Şirketleri ve sağlık kuruluşları, belli bir hasta hakkında klinik karar verme sürecine gittikçe daha fazla dahil olmaktadır. Bu günlerde bir sigorta şirketinin, depresyonlu hastalarınız için, sizin iyi bir fikir olduğunu düşünmenize bakmaksızın, ilaç terapisi ya da diğer müdahaleleri "önermesi" hiç de garip değildir.

Sonuncusu; kanuni bedellerin de söz konusu olabileceğidir. Depresyon vakası için sadece psikoterapiyle uzun dönem tedavi edildikten sonra psikiyatristini dava eden en azından bir hasta olayını biliyoruz. Davacı adamakıllı iyileşmemişti, psikiyatristlerini değiştirmişti ve en sonunda bir antidepresanla başarılı ve hızlı şekilde tedavi edilmişti. Psikoterapiyle yıllarını harcamaktansa, bir seçenek olarak ilaç tedavisi hakkında en azından bilgilendirilmiş olması gerektiğini ileri sürerek eski psikiyatristine dava açmıştı. Klinik uzmanları olarak çalışmamız gereken gittikçe karmaşıklaşan bir dünyadayız ve antidepresanlar hakkında bir şeyler bilmek, psikiyatrist olmayanlar için bile bir gerekliliktir.

DEPRESYONUN BİYOLOJİSİ

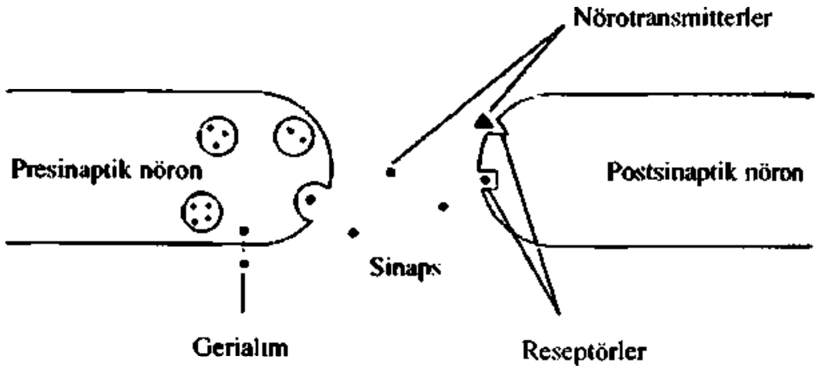
Geçtiğimiz otuz yılda, depresyonu sadece bir psikolojik rahatsızlık olarak görmekten çıkıp, önemli biyolojik destekleri olan bir hastalık olarak görmeye başladık. Örneğin, depresyonun ailelerde ortaya çıkabileceği bilinir; ebeveynlerden birinin majör depresyonla bir problemi varsa, çocukların da benzer bir probleminin olacağı ihtimali, depresyonsuz ebeveynlerin çocuklarınınkine nazaran daha yüksektir. Buna benzer olarak, doğumdan beri birbirinden ayrı yetiştirilseler bile, ikiz kardeş-

lerden birinde, tekrarlayan depresyon problemi görülürse, diğerinin de bunu yaşama ihtimali çok yüksektir. Hormonal faktörlerin de, bazı depresif vakalarda rol oynadığı bilinmektedir. Hipofiz ve tiroid sistemlerindeki anormallikler, majör depresyonlu hastalarda yoğun şekilde incelenmektedir.

Antidepresan ilaç geliştirme biliminde araştırmanın başlıca odağı; beynin kimyasının ve anormalliklerinin depresyona nasıl yol açtığını anlamaktır. Araştırmacılar, oldukça az sayıdaki beyin kimyasallarının, depresyonun çıkış sebebinde ve tedavisinde ne kadar önemli olduğunu daha yeni öğrenmektedirler. Beyin, milyarlarca sinir hücresinin ya da nöronun girintili çıkıntılı elektriksel ağ örgüsüdür. Beynin, sonsuz fonksiyonlarından herhangi birini gerçekleştirmesi için (gönüllü hareketleri başlatmak ve Bahama Adaları'na yapılan bir seyahati hayal etmek kadar çeşitli), bu nöronların birbirleriyle iletişim kurması gerekir. Nörotransmitterler olarak adlandırılan kimyasalları serbest bırakarak birbirlerine, komşu hücrelerin de okuyabildiği mesajlar gönderirler. Bu bilgiler alındığı an, nöronlar, belirli bir görevi yaptırmak için hücrelerin kendilerine özgü yolunda, diğer uygun nöronlara bilgi aktarabilirler. Bu kimyasallar, *sinapsi* adı verilen bir aralıktan geçerler.

Nörotransmitterlerin çok çeşitli türleri vardır; fakat birkaçı, özellikle majör depresyonda önemlidir. Bunlar; serotonin, norepinefrin ve dopamin gibi *monoaminler* adındaki kimyasal yönden benzer bir grup bileşeni kapsar. Nörotransmitterler, komşu hücrelerdeki *reseptörler* adlı belirli alanlarda hareket ederler ve bu reseptörlere bir kilitteki anahtar gibi uyum gösterirler (Bak. Şekil 6.1). Kilit açılır açılmaz, mesaj uygun nörona aktarılır. Tüm bilindik etkili antidepresanların, beyindeki nörotransmitterlerin ve reseptörlerin dengesini etkilediği görülmektedir.

Kanıtlar, bazı depresif vakaların, monoamin nörotransmitterlerin rölatif yetersizliğinden ya da reseptörlerdeki bir prob-



Şekil 6.1
Nörotransmitterlerin hareket biçimi

lemden kaynaklandığını ileri sürmektedir. İlk olarak, beyindeki bu nörotransmitterleri boşaltan ilaçların, birçok kişide depresyona neden olduğu görülmektedir. Böylece, *reserpine* gibi eski tansiyon ilaçları, norepinefrin ve dopamini tüketerek birçok kişide klinik depresyona yol açmıştır. İkinci olarak; tüm bilindik etkili antidepresanların, beyindeki monoamin iletici-lerin seviyesini yükselterek çalıştığı görülür. Serotonin, norepinefrin ve dopamin'in kullanılırlığını artırmayan ilaçlar, etkili antidepresanlar olarak görülmezler. Ancak; Prozac (fluoxetine), Elavil (amitriptilin) ve Nardil (phenelzine) gibi ilaçlar, monoamin nörotransmitterlerin kullanılırlığını artırmada oldukça işe yararlar, ancak bu ilaçlar bu artışı farklı mekanizmalarla sağlarlar.

Bazı ilaçlar nörotransmitterlerin aksaklığını önler ve böylece kullanılırlıklarını artırırlar. Sinir sisteminin, civarda uzun süre kalmamaları için nöro-kimyasalları temizleme yöntemi vardır. Eğer temizlenmeselerdi, nöronlar tek bir mesaja takılıp kalabilirdi ve yeni mesajlar beyin hücrelerine geçemeyebilirdi. Bu nedenle, sinir sistemi *enzimler* adı verilen başka kimya-

salları kullanıma sokar. Bu enzimlerin görevi; mesajlarını naklettikten sonra nörotransmitterleri parçalamaktır. Yine de, majör depresyonda, depresif semptomların ortaya çıkışıyla sonuçlanabilen norepinefrin gibi mevcut ileticilerde bir noksanlık olabilir. Bu durumda, nörotransmitterler etrafta olmaya devam etmelidir. Eğer enzimlerin, monoamin nörotransmitterleri bozması engellenebilirse, eksiklik giderilebilir. Bazı ilaçlar, başlıca enzimlerden biri olan monoamin oksidazın bozulmasına engel olurlar. Monoamin oksidaz inhibitörleri olarak adlandırılan bu ilaçlar (MAOİ); Nardil (phenelzine) ve Parnate (tranilkipromin) gibi kıymetli tıbbi tedavileri içerir.

Antidepresanların, monoamin nörotransmitterlerin kullanılırlığını artırabileceği bir diğer yol; onların, nörotransmitterleri serbest bırakan hücrelere geri dönmesini engellemektir. Bu geri dönüşüm ya da geri alım, sinir sisteminin, nörotransmitterleri, görevlerini tamamladıktan sonra civarda uzun süre kalmalarından alıkoyduğu bir diğer önemli yoldur. Geri alım işlemi ayrıca, materyalin, tekrar salıverilebilen daha fazla nörotransmitter meydana getirmesini sağlar. Birçok antidepresan, serotoninin, norepinefrinin ya da dopaminin geri alımını engeller. Böylece, nörotransmitterler, parçalanmadan ya da geri dönüşüme uğramadan önce uzun süre hareket ederler. Bu antidepresanlar, serotonin üzerinde işlem görmeyi seçen Prozac (Bak.Tablo 6.1) gibi uygun şekilde adlandırılmış selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSGE'ler) ve hem serotonin hem de norepinefrinin üzerinde işlem gören Elavil (amitriptilin) gibi üç halkalı antidepresanları kapsar.

Antidepresan İlaç Terapisi için Endikasyonlar

Majör depresyon, ayakta tedavi uygulamasında oldukça yaygın bir rahatsızlıktır. Yine de, tüm majör depresyon vakaları tıbbi tedaviyi gerektirmez.

Örneğin, birçok hafif şiddetteki majör depresyon vakası, tek başına psikoterapiye yeterli ölçüde yanıt vermektedir ve bazı hastalar ne pahasına olursa olsun ilaç terapisinden sakınmayı tercih etmektedir. O halde, belirli bir majör depresyon vakasının antidepresan tedavisini gerektirip gerektirmediğine nasıl karar vereceksiniz?

Tablo 6.1
Selektif Serotonin Reuptake (Gerialım) İnhibitörleri (SSGİ'ler)

İlaç	Dozaj Miktarı (mg/günlük)	Yorumlar
Prozac (fluoxetine)	20 - 60 mg	Harekete geçirici Uykusuzluk; en detaylı incelenmiş ve en eski ilaç
Paxil (paroxetine)	20 - 50 mg	Kabızlık
Zoloft (sertraline)	50 - 200 mg	Mide sorunları, az ilaç etkileşimi
Luvox (fluvoxamine)	100 - 300 mg	Mide sorunları, en az ilaç etkileşimi

Antidepresan kullanımına karar vermek için, birçok faktör göz önünde bulundurulmalıdır. Bu faktörler arasında, semptomların şiddeti de yer alır. Bir kural olarak, depresif vaka ne kadar şiddetliyse, antidepresan tedavisinin uygulanması da o kadar muhtemeldir. Gerçekte, yüzde 10'dan fazla kilo kaybıyla iştah kaybı ya da sürekli uykusuzluk gibi şiddetli vejetatif semptomları olan kişileri, sadece psikoterapiyle tedavi etmek büyük ihtimalle akılsızlık olur. Antidepresanlarla erken tedavi, hastanın daha hızlı iyileşmesinde ve tamamiyle gereksiz ıstırabını hafifletmede yardımcı olabilir.

Aynı şekilde, intihar eğilimi yüksek olan bir hasta, mümkün olan en yoğun ve agresif tedaviyi görmelidir. Her ne ka-

dar bazı hastalar kendilerini öldürmek için eski tür antidepresanlar kullanmış olsalar da, antidepresanlar hiç şüphesiz, altta yatan depresyonu tedavi ederek birçok yaşamı kurtarmıştır.

Sosyal ya da mesleki işlevselliğinde önemli ölçüde bozukluk olan depresyonlu hastalar da antidepresan tedavisi için adaydırlar. Depresyonlarının şiddeti yüzünden otuz yıldır devam ettirdikleri işlerini ve ilişkilerini kaybetme sınırına gelmiş birçok hasta gördük. Bu kayıplar felaketi kanıtlayabilirler; bu nedenle, böylesi vakalarda, başka kayıpların riskini an aza indirmek için antidepresan tedavisine erkenden başlamak anlamlı olur.

Orta ile ağır şiddetteki tekrarlayan depresyon geçmişi, hastanın alabileceği kadar çok yardıma ihtiyaç duyduğunu gösteren bir kırmızı bayrak olabilir. Nükseden depresif vakalar, en iyi ihtimalle, şiddetli derecede yıkıcı ve en kötü ihtimalle yaşamı sonlandırıcıdır. Önemli kanıtlar, antidepresan tedavisinin tekrarlama riskini önemli ölçüde azaltabildiğini ve bu tedavinin, son beş yılda iki veya daha fazla ya da yaşamı boyunca üç defa şiddetli depresif vaka geçirmiş kişilerde düşünülmesi gerektiğini öne sürmektedir.

Normalde, geçmişte antidepresanlara iyi yanıt vermiş ya da psikoterapiye yanıt vermeyen bir hastada tıbbi tedaviyi denemek ciddiye alınması gereken bir husustur. Sonuç olarak, depresyonun bazı alt türleri, antidepresanlara ya da diğer biyolojik terapilere gayet iyi, fakat diğer müdahalelere daha az oranda yanıt verebilir. Bu alt türler, bu bölümün sonunda açıklanmaktadır.

Bir Tıbbi Tedavi Uzmanıyla Çalışmak

Hastanın antidepresan tedavisi için uygun olduğu netleştiği an, bir sonraki adım, tıbbi tedaviyi yürütecek bir uzman bulmak olabilir. (Bu konu, terapileri birleştirme üzerine yazılmış

son bölümde açıklanmaktadır; fakat burada psikofarmakolojist bakış açısıyla bazı değerlendirmelerde bulunuyoruz.) Sağlık bakım organizasyonlarında, sağlık sigortası sisteminde ve küçük topluluklarda eldeki seçenekler kısıtlı olabilir. Yine de ideal olanı, uzmanın, terapistle ve hastayla açıkça iletişim kurmaya istekli ve bunu gerçekleştirebilen, geniş psikofarmakoloji deneyimi olan bir psikiyatrist olmasıdır. Uzmanın önemli bir rolü, hastayı ve danışma terapistini, tedavi seçenekleri ve her birinin bir diğerine göre riskleri ile yararları hakkında bilgilendirmektir. Hem hastayı hem de terapisti bilgilendirmek için gerekli zamanı bulamayan bir uzman yetersizdir. Genellikle, potansiyel uzmanı aramanız ya da onunla görüşmeniz, vakayı gözden geçirmeniz ve uzmanla terapist arasındaki uyumun makul olup olmadığına karar vermeniz tavsiye edilir.

Tedaviyi, psikoterapi ve tıbbi tedavi yaklaşımı arasında bölmek gittikçe yaygınlaşmakta ve çeşitli avantajlarla dezavantajlar sunmaktadır. Avantajlar arasında, zor vakaları tedavi etmekte iki akıl bir akıldan çoğunlukla daha iyidir mantığı da yer alır. Farklı klinik uzmanlarının farklı bakış açıları olacaktır ve bunlar birleştiğinde teşhisi ve tedaviyi geliştirebilir. Ayrıca, bir tıbbi tedavi uzmanının kullanılması, hastanın bütçesini de koruyabilir. Daha pahalı bir psikiyatristi haftalık seanslarla görmektense, ilaç tedavisi için çok daha az sıklıkla bir psikiyatristi görmek ve haftalık olarak bir psikoterapistle görüşmek daha yararlı olabilir. Sonuç olarak, tıbbi tedavi yaklaşımını ve psikoterapiyi ayırmak, terapinin psikolojik sorunlara odaklanmasını sağlayabilir. Tıbbi tedavideki hastaların, yan etkiler ya da terapinin gidişatı için önemli bir rahatsızlık olabilen diğer tıbbi sorunlar hakkında sıklıkla endişeleri olur.

Tedavi sorumluluğunu ikiye bölmenin başlıca dezavantajı, daha fazla çalışma anlamına gelmesidir. Psikoterapist ve psikiyatrist uzman, hastayı muhtemelen farklı zamanlarda gördüğünden, sundukları bakımı koordineli yürütmeye ihtiyaç du-

yarlar. Bu düzenleme, sık telefon görüşmeleri, mailler vs. anlamına gelir. Terapist genellikle hastayla daha sık görüşüyordur ve hastanın iyileşmesi ya da ortaya çıkan problemleri hakkında tıbbi tedavi uzmanını bilgilendirmek için daha büyük bir yük taşıyabilir. Hasta, belirlenen tıbbi tedavi hakkındaki endişelerini psikoterapiste anlatabilir. Böyle durumlarda, hastanın hemen tıbbi tedavi uzmanını araması teşvik edilmelidir.

Tedaviyi ikiye bölmenin diğer bir zorluğu da; uzmanla terapist arasında teşhis ya da tedavi hakkında anlaşmazlık çıkabilmesidir. Psikoterapist, hastaya büyük ihtimalle tıbbi tedavi görmeyeceğini söylediği zaman ya da aynı şekilde, tıbbi tedavi uzmanı, hastaya, terapistin teşhisine ya da önerdiği tedaviye inanmamasını belirttiğinde de bu sürtüşme hastaya sağlanan tedaviye zarar verebilir. Bu anlaşmazlıklar, hastaya karşı yöneltilmekten ziyade, terapistle uzman arasındaki yüz yüze görüşmelerde ele alınmalıdır. İletişim kanalları açık olduğu taktirde, anlaşmazlıklar çoğunlukla, hastanın yararına dönüştürülebilir.

Antidepresan Tedavilerinin Türleri

Antidepresanlar kimyasal olarak tektirler fakat bazı ortak özellikler taşırlar. Hepsinin en az iki adı vardır; buproprion gibi bir marka adı ve Wellbutrin gibi bir ticari adı. Ticari ad, üretici firmanın, ilacı halka pazarlamak için verdiği addır. Halk gibi, psikiyatristlerin de, buproprion ya da amitriptilin gibi daha tuhaf marka adlarından ziyade, Wellbutrin gibi kişiyi "iyi" yapan, ya da Elavil gibi kişinin ruh halini canlandıran bir ilacı hatırlaması daha olasıdır. Bir ilacın sadece bir tane marka adı vardır; fakat birçok firmanın ürettiği bir ilacın birçok ticari adı olabilir.

Yukarıda da açıklandığı gibi, tüm antidepresanlar özellikle serotonin ve neropinefrin sistemlerini çalıştırırlar. Bunun

yanı sıra, görevlerini gerçekten yerine getirmek için tüm antidepresanlar üç-altı hafta ya da daha uzun bir süreye ihtiyaç duyarlar. Bu, reseptörlerdeki önemli değişikliklere ne kadar sürede yol açtığına bağlı olabilir. Pazarlanan hiçbir antidepresan bağımlılık yapmaz ya da bir "uyuşmaya" yol açmaz. Bu nedenle de, sokaklarda satılmazlar.

Bir kısmı, depresyonun bazı alt türleri için diğerlerine nazaran daha etkili olabilse de, antidepresanların hepsi depresyonun semptomlarını hafifletmede yüzde 70 civarında etkilidir. Ayrıca, bir antidepresana yanıt vermeyen kişilerin, başkasına yanıt verme şansları vardır. Hangi antidepresana başlanacağını seçmek çoğunlukla, diğer faktörlerden çok ilacın yan etki profiline bağlıdır. Belirli bir sınıf içerisindeki ilaçlar kimyasal olarak benzer olabilir ya da aynı şekilde çalışmaya yönelebilir ve benzer yan etkiler gösterebilirler.

Selektif serotonin Reuptake (Gerialım) İnhibitörleri (SSGİ'ler)

SSGİ'ler, Amerika'daki antidepresanların en hakim grubudur ve Prozac (fluoxetine), Zoloft (sertraline), Paxil (paroxetine) ve yakında çıkacak olan Luvox'u (fluvoxamine) kapsar. Prozac, 1988'de Amerika pazarına girdiğinden beri, SSGİ'ler milyonlarca insana reçete edilmiştir. Popülerlikleri birkaç basit gerçeğe dayandırılabilir: işe yarıyorlar, yan etkileri az, kullanımları kolay ve aşırı dozda bile oldukça güvenilirler. SSGİ'lerin, serotoninin gerialımını engelleyerek ve böylece yapmak durumunda olduğu işe, hücreler arasında daha fazla serotonini mümkün kılarak çalıştığına inanıyoruz.

Endikasyonlar. SSGİ'ler, depresyonun birçok alt türünde incelenmiştir; fakat birçok çalışma, hafif-orta şiddetteki majör depresyonlu poliklinik hastalara odaklanmıştır. Daha şiddetli

depresyondaki yatılı hastalara dair daha az çalışma olmasına rağmen kanıtlar, ilaçların eski emsalleri kadar etkili olabildiğini ileri sürmektedir. En azından bir plasebo ile karşılaştırıldığında, SSGİ'ler ciddi depresif alt türlerdeki yatılı hastaların semptomlarını iyileştirmekte oldukça yeterlidir. Şimdiye kadar, SSGİ'ler, atipik depresyonda, melankolide, psikotik depresyonda ve distimi'de incelenmiştir. Bu ilaçların popülerliğinin bir diğer nedeni; depresyonun yanı sıra birçok başka rahatsızlık için de yararlı görülmeleridir. Örneğin, birçok antidepresanın aksine SSGİ'lerin hepsi, obsesif-kompulsif bozukluğu tedavi etmekte işe yarar. Bir bakıma daha az incelenmiş olan diğer kullanımlar; bulimia gibi yeme bozukluklarını, panik rahatsızlığını ve belli ağrı problemlerini içerir.

Yan Etkiler. Bir kural olarak, SSGİ'lerin diğer gruplardan daha az yan etkisi vardır. Yine de, bu, Prozac kullanan, kendini berbat hisseden ve böylesi kötü bir tedaviyi önerdiğiniz için size sürekli kızan nadir bir hastayla karşılaşmayacağınız anlamına gelmez.

Bu grupta, yan etkiler ilaçtan ilaca farklılık göstermesine rağmen, bazı ortak toksik etkiler vardır. Örneğin, tüm serotonin ilaçlarının, tedavinin ilk başlarında gastrointestinal (GI) bozukluk için potansiyeli vardır ve bu, hastaların bu ilaçları almayı bırakmalarındaki en yaygın sebeptir. Yüzde 20 ile 40 civarında hastada, hafif mide bozukluğundan mide bulantısına, kusmaya ve ishale kadar uzanan GI problemleri görülür. Deneyimlerimize göre, Zoloft'un diğer SSGİ'lere nazaran GI bozukluğuna neden olması biraz daha olasıdır; fakat, hastaların, diğer serotonin ilaçlarında olduğu gibi, bu yan etkiye de birkaç hafta içerisinde adapte olduğu görülmektedir. SSGİ'leri yiyecekle almak yardımcı olabilir.

Uykusuzluk problemleri, özellikle Prozac kullanan bazı hastalarda da görülebilir. Bu nedenle, hastalarımıza, ilaçlarını

sabah almalarını öneriyoruz. Bunun aksine, somnolans (uyuklama) problemi görülürse, ilaç yatmadan önce alınmalıdır. Özellikle Prozac ve Paxil kullanan hastalar, huzursuzluktan bahsetmiştir. Bu, mücadele etmek için zor bir yan etki olabilir; fakat, dozun azaltılması çoğunlukla yardımcı olur. Hastaların, bu ilaçlar hakkındaki oldukça yaygın diğer bir şikayeti de, orgazm olamama ya da geç boşalma gibi cinsel problemlerdir. Hastaların yüzde 10 ile 20'si civarı bu problemlerden şikayet eder. Anekdotsal kanıt, günlük 4 ile 8 mg cyproheptadine'nin, bu yan etkiyi hafiflettiğini ileri sürmektedir. Anekdotsal başarı sağlayan diğer bir strateji, hastanın, cinsel aktivitede bulunacağı günlerde sabah dozlarını almamasını sağlamaktır. Şüphesiz, bu strateji, cinsel bakımdan oldukça aktif olan hastalarınızda mümkün olmayabilir.

Bu ilaçların belirtilen daha yaygın diğer yan etkileri; baş ağrısı, aşırı terleme, ağız kuruluğu ve iştah azalmasıdır. Bu yan etkilerle baş etmenin genel bir çözümü; tıbbi tedaviyi sonlandırmaktansa, dozu azaltmak ve sonrasında yavaş yavaş artırmaktır. Ayrıca, hafif dozla birkaç haftada bu semptomların birçoğuna adapte olacağına dair hastayı temin etmek, hastaların tıbbi tedaviye devam etmesi için çoğunlukla gerekli olan tek şeydir.

Doz miktarı. Birçok farklı serotonin ilacının dozu hakkında, önemli ölçüde karışıklıklar olduğu görülmektedir. Günlük 200 mg'den fazla dozda Prozac alıp, depresyonlarının değerlendirilmesi için kliniğe giden hastalar gördük. Bu hastalar, her şeyden önce depresyonlu olmasalardı, bu aşırı dozlarla ortaya çıkan şiddetli huzursuzluk, uykusuzluk ve bütçe sıkıntıları, kesinlikle onları son derece yıpratırdı.

Hiçbir kanıt, SSGİ'lerin herhangi birinin aşırı doz alımında daha fazla yardımcı olduğunu göstermemektedir. Gerçekte, Prozac için doz yanıt eğrisi oldukça düzdür. Günlük 60 ya da

daha fazla mg dozun, günlük 20 ile 40 mg doza nazaran, depresyon için bir bakıma daha az yardımcı olduğu görülmektedir. Yüksek dozların kısmen daha az yararı olabilir çünkü çok daha fazla yan etki gösterirler.

Bu nedenle, hastalarımıza günlük 20 mg Prozac ile başlamalarını öneriyoruz. Eğer bu doz miktarına dayanamazlarsa, Prozac süspansiyonunda, günde 10 ya da hatta 5 mg'lik kapsüllere düşebilirler. Günlük maksimum 60 mg doz miktarına dayanılana kadar, dozaj, iki haftada bir 20 mg artırılabilir. Paxil için ise, benzer olarak, günde 20 mg doz ile başlanır ve maksimum etkili doz miktarı günde 50 mg'dir.

Sertralin, yüksek doz alımında etkisinin artmasıyla, düz doz cevap eğrisi için bir istisna olabilir. Zoloft için günde 50 mg ile başlanmasını öneriyoruz. İki haftada hiçbir yanıt alınmazsa, doz miktarı iki katına çıkartılarak 100 mg yapılabilir ve ardından yavaş yavaş, sonraki iki hafta boyunca 200 mg doza çıkarılabilir. Birçok vaka raporu, bu ilaçların birden bırakılması durumunda, özellikle de Paxil adlı ilaç ile ortaya çıkan bir takım yan etkiler tanımlamıştır. Bildirilen belirtiler; halsizlik, mide bulantısı ve baş ağrısıdır. Bu yüzden, bu ilaçları birden kesmek yerine, iki hafta boyunca azalan dozda eksiltmek iyi bir fikirdir.

Siklik Antidepresanlar

1988 yılında Prozac'ın gelişmesine kadar, siklik antidepresanlar (siklik kimyasal yapılarından ötürü böyle adlandırılmışlardır), depresyon tedavisinde kullanılan en hakim ilaç grubuydu. 1958'de imipramin'in (Tofranil) etkili bir antidepresan olduğunun keşfedilmesinden beri yaklaşık bir düzine siklik antidepresan, Amerikan pazarında yolunu bulmuştur (Bak.Tablo 6.2). Birçok sebepten ötürü ilk başlarda oldukça popülerdiler.

Siklik antidepresanlar, zamanın diğer büyük antidepresan

sınıfı, MAOİ'lere nazaran (Monoamin oksidaz inhibitörleri) daha kolay kullanılıyordu. Beslenme konusunda kısıtlamalar gerektirmiyorlardı ya da potansiyel olarak diğer ilaçlarla aynı tür öldürücü etkileşimleri vardı. Ayrıca, tüm antidepresanlar içinde üzerinde en iyi çalışılanlardı ve hâlâ da öyleler. Örneğin, diğer ilaç çalışmalarına nazaran, ciddi boyutta depresyonlu hastalar için siklik antidepresanların yatılı hasta çalışmaları çok daha fazladır.'

Tablo 6.2
Siklik Antidepresanlar

İlaç	*Başlama dozu*	*Terapötik doz*
Amitriptilin (Elavil)	25 mg	150-300 mg
Amoksapin (Asendin)	50 mg	200-400 mg
Klompiramin (Anafranil)	25 mg	100-250 mg
Desipramin (Norpramine)	25 mg	1 50-300 mg
Doksepin (Sinequan)	25 mg	150-300 mg
Imipramin (Tofranil)	25 mg	150-300 mg
Nortriptilin (Pamelor)	10-25 mg	50-150 mg
Portriptilin (Vivactil)	10 mg	15-50 mg
Timipramin (Surmontil)	25 nig	150-300 mg

Fakat siklik antidepresanların ciddi sakıncaları vardır. Bunlardan biri; her yıl birçok depresyonlu hastanın, bu ilaçlardan aşırı dozda alarak kendilerini öldürdüğü gerçeğidir. Miktarın çok fazla olması da gerekli değildir. İmipramin terapötik dozda yaklaşık bir haftalık miktarının bir seferde alınması, hastanın ölümüne yol açabilir. Yan etkiler, özellikle de yüksek dozdakiler, yaşlılar gibi birçok hasta için önemli bir yüktür.

Endikasyonlar. Siklik antidepresanlar, depresyonun birçok alt türünde incelenmiştir ve hem unipolar hem de bipolar türlerin tedavisinde önemli ölçüde yarar sağlamışlardır. Bu ilaçların, bir antipsikotik ilaçla birlikte kullanıldığında psikotik depresyonun tedavisinde yararlı olduğu görülür. Siklik ilaçlar, melankolik depresyonda en çok incelenenlerdir ve bazı araştırmacılar, bu ilaçların, yenilerden daha etkili olabildiğini düşünmektedirler. Yine de, bu zamanla görülecektir. İmipramin gibi ilaçların, aşağıda açıklanan atipik depresyon tedavisinde MAOİ'lerden daha az etkili olduğu görülür. 1960'lı yıllardan beri, bu ilaçlar, panik rahatsızlığının tedavisi için başlıca dayanaktır. Siklik'lerin birçoğu obsesif-kompulsif bozukluğa yardımcı olmasa da, klompiramin, bu bozukluğun tedavisinde kesin etki gösterir. Bu ilaçların daha az yaygın olan diğer kullanım alanları; bulimia, post travmatik stres bozukluğu, kronik ağrı sendromları, dikkat eksikliği bozukluğu ve kokain kullanımı tedavileridir.

Yan Etkiler. Siklik antidepresanların yan etki listesi oldukça uzundur. Birçok hastada, ilaç terapötik dozlarda kullanıma devam edildiğinde, bu etkilerden bir kısmı gözlemlenecektir. İlaç çalışmalarında, hastaların yüzde 40'ına kadarı, yan etkiler nedeniyle ilaçları yarıda bırakırlar. Bunların en yaygın olanı, sözde antikolinerjik yan etkilerdir. Tüm siklik antidepresanlar asetilkolin reseptörleri engellerler ve bu; ağız kuruluğu, idrar retansiyonu, kabızlık ve bulanıklık gibi yan etkilere yol açar. Gruptaki en olumsuz ilaçlar Elavil (amitriptilin) ve Vivactyl'dir (protriptilin); Norpramin (desipramin) ve Pamelor (nortriptilin) genellikle daha az antikolinerjik yan etkiye neden olurlar.

Selektif serotonin ilaçlarında olduğu gibi, vücut bu yan etkilerin bazılarına da zamanla alışır. Bazen, ağız kuruluğu için bir şekersiz sakız ya da kabızlık için müshil gibi çok basit ted-

birler gereken tek şeydir. Bazı durumlarda, ilacın azaltılması ya da tamamen kesilmesi gerekecektir. Sedasyon da yaygın bir yan etkidir ve depresyonlarının bir parçası olarak uykusuz luk çeken birçok hastanın hoşuna gidebilir. Bu nedenle belki de, siklik ilaçların, sedasyon terapötik olduğu gece vakti alınması en iyisidir. Oysa ki, protriptilin gibi ilaçlar, hastalara canlandırıcı gelebilir ve günün erken saatlerinde alınmaları gerekir.

Potansiyel olarak daha ciddi bir yan etki de, ayaktayken tansiyonun birden önemli ölçüde düşmesi yani ortostatis'dir. Bunun sonucunda, hastalar bayılabilir ya da düşebilir ve kendilerini ciddi anlamda yaralayabilirler. Özellikle yaşlı hastalar siklik ilaçları kullandıklarında, otururken ve ayaktayken tansiyonlarını düzenli olarak ölçtürmelidir ve ayaktayken baş dönmesi ya da sersemlik yaşayıp yaşamadıkları sorulmalıdır.

Siklik ilaçların belki de en ciddi olası yan etkisi kalp üzerinde görülür. İlaçlar, özellikle de yüksek dozdakiler, kalbin elektriksel iletimini engelleyebilir. Gerçekte, aşırı dozdaki ölümün en yaygın nedeni, anormal kalp ritmi ya da aritmidir. Bu ilaçları kullanan her hastanın, ciddi iletim problemlerini en başta ortadan kaldırmak için ilk olarak elektrokardiyogram çektirmesi gerekir.

Doz Miktarı. Tüm siklik antidepresanlar, depresyon tedavisinde eşit oranda yarar sağlayabilse de (psikotik depresyonda amoxapine'nin kullanılması hariç olabilir), gruptaki diğer ilaçlardan önce Pamelor (nortriptilin) ve Norpramine (desipramine) gibi ilaçları öneriyoruz. Bu tavsiyemizin dayandığı mantık; nortriptilin'in ve desipramin'in daha az antikolinerjik yan etkisinin olması ve kan serumu düzeyleriyle oldukça güvenilir şekilde izlenebilmeleridir. Seviye çok düşükse, ilacın depresyonu tedavi etmede az şansı vardır; ancak, yüksek ilaç seviyesi de, yan etkilerle birlikte daha fazla probleme yol aça-

bilir. Desipramin'in dozajı, imipramin ile aynıdır; fakat, nortriptilin'e daha az dozda başlanır: Günde 10-25 mg. Doz miktarı, günde 75-100 mg'ye ulaşılana kadar her üç günde bir 25 mg artırılabilir. Bu dozla 3 gün sonra, ilacın serum seviyesi ölçülebilir ve ardından doz ayarlanabilir.

Desipramin ve nortriptilin gibi ilaçlar, grubun diğer üyelerinden daha canlandırıcıdır ve daha belirgin huzursuzluktaki depresyonlu hastaların aksine, frenlenmiş, "yavaş ilerleyen" depresyondaki hastalar için daha yararlı olabilir. Buna rağmen, Klavil ve Sinequan (doksepin) gibi ilaçlar, daha sedatif olabilir ve daha huzursuz hastalarda artı yarar sağlayabilir.

Deneyimlerimiz, ortostatis gibi olası problemlerden sakınmak için siklik ilaçlara oldukça az dozlarda başlanması gerektiğini göstermiştir. Imipramin ve desipramin gibi birçok siklik antidepresana 3 gün için 25-50 mg ile başlanması ve sonra, 150 mg doza ulaşılana kadar her üç günde bir 50 mg artırılması en iyisidir. 150 mg'lik doz kullanımında iki hafta içerisinde hiçbir yanıt alınmazsa, yan etkiler problem yaratana kadar ya da günlük doz 300 mg olana kadar her dört günde bir, doz 50 mg artırılabilir. Nortriptilin'e genellikle günde 10-25 mg ile başlanır ve yavaş yavaş günlük 50-150 mg doz aralığına kadar artırılır. Terapötik dozdaki altı haftadan az denemeler (= günde 150 mg), yanıt almak için yetersiz olabilir.

Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOİ'ler)

Antidepresanların başarılı tedavisinin ilk göstergeleri, 1956 yılında, MAOİ iproniazid ile birlikte görüldü. Bu gösterge, MAOİ'leri, kullanımdaki antidepresanların ispatlanabilir şekilde en eski sınıfı yapmaktadır. MAOİ'ler ayrıca, potansiyel öldürücü ilaç etkileşimleri ve yan etkileri yüzünden günümüzde en az yaygınlıkta kullanılan ilaç sınıfıdır. Bu risklerin olması talihsizliktir çünkü ilaçlar dikkatli kullanıldıkları taktir-

de, depresyonun ve diğer rahatsızlıkların tedavisinde önemli yarar sağlayabilirler. Yakın gelecekte, daha eski ajanların diyet ve ilaç etkileşimleriyle ilgili problemlerine sahip olmayan MAOİ'ler, piyasaya sürüleceklerdir. Şu anda, MAOİ'ler; Nardil (fenelzin), Parnate (tranilkipromin) ve Deprenyl'den (selegilin) oluşmaktadır (Bak.Tablo 6.3).

Endikasyonlar. MAOİ'ler, majör depresyonun tedavisinde kullanılır. Aşağıda da açıklandığı gibi, MAOİ'ler, duygu durum reaktifliği, uzuvlardaki ağırlık ve aşırı yeme-uyuma ile nitelendirilen atipik depresyon alt türü için özellikle yararlı olabilir. MAOİ'ler, önemli bir anksiyete öğesi ya da beraberinde panik atakları olan tüm depresif vakaların yüzde 30'una kadarı için de özel yarar sağlayabilir. Bu ilaçlar, ayrıca, antidepresanların diğer sınıflarına yanıt vermemiş depresyonları tedavi etmede de son derece önemli olabilir.

Diğer denemelerde başarısız olmuş birçok hasta, MAOİ'lere inanır. MAOİ'lerin diğer endikasyonları; bu ilaçların uzun süredir kullanıldığı panik rahatsızlığı ve agorafobidir.

Tablo 6.3
Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOİ'ler)

İlaç	*Başlama dozu*	*Terapötik doz*
fenelzin (Nardil)	15-30mg	45-90 mg
tranilkipromin (Parnate)	10 mg	20-40 mg
selegilin (Deprenyl)	5-10 mg	20-60 mg

Deprenyl, Parkinson hastalığını tedavi etmek için düşük dozlarda kullanılır çünkü dopamin seviyesinin artmasına ve rahatsızlığın altta yatan problemini iyileştirmeye yardımcı olabilir.

Yan Etkiler. Bu ilaçları kullanan hastaların karşılaştığı en yaygın zorluk, tansiyon problemidir. Terapötik dozlarda, hastalarda ortostatis görülebilir ve yere düşebilirler. Tahmin edeceğiniz gibi, bu özellikle yaşlılar için ciddi bir problemdir. Hastaya oturduğu ya da yattığı yerden çok hızlı kalkmaması, günde sekiz bardak civarı su içmesi ya da külotlu çorap giymesi için uyarılarda bulunma gibi basit manevralarla, bu problemin çoğunlukla önüne geçilebilir.

Birçok terapistin endişe duyduğu yan etki, hipertansif kriz olarak adlandırılan tansiyondaki tehlikeli artıştır. Bu yan etki genellikle, hasta; eski peynir, salam ve kırmızı şarap gibi yüksek oranda tyramin içeren yiyecekleri kasıtlı olmadan yediğinde ortaya çıkar. Hipertansif kriz çıktığında, hastada tipik olarak başağrısı ve bazen de inme görülecektir. İlgili ciddi bir yan etki de; komaya ve ölüme neden olabilen, vücut ısısındaki tehlikeli artış yani yüksek ateştir. Demerol, selektif serotonin antidepresanlar, Bupropiyon ya da reçetesiz satılan dekonjestan türü diğer ilaçlar birlikte kullanıldığında bu durum meydana gelebilir. Bu nedenle, MAOİ'ler sadece, diyet listesindeki ve ilaç kullanımındaki kısıtlamalara uyan hastalara verilmelidir. Daha az ciddi fakat oldukça yaygın olan yan etkiler; aşırı uyarım, uykusuzluk ve anorgazmi gibi cinsel işlevsizliktir. Dozu azaltmak uyarım ya da cinsel işlevsizlik sorunlarına yardımcı olabilir fakat bunlar bazı durumlarda tahammül edilmesi gereken yan etkiler olabilir. Bazen, bir başka antidepresan sınıfına geçmek için ilacı kesebiliriz.

Doz Miktarı. Fenelzin'e günde 30 mg ile başlanabilir ve üç gün sonra günlük 45 mg'ye çıkarılabilir. Daha sonra doz miktarı, günde maksimum 90-120 mg olana kadar, her hafta 15 mg artırılabilir. Yan etkilere dayanabilen ve şiddetli ya da iyileştirilmesi zor depresyonu olan hastalarda yüksek dozlara gereksinim duyulabilir. Tranilkipromin'e düşük dozda başlan-

malıdır; günde 10-20 mg önerilen miktardır. Günde 50-60 mg doza ulaşılana kadar, doz her hafta 10 mg artırılabilir. Selegilin, günde 5-10 mg dozda başlatılabilir ve günlük 30-50 mg civarına ulaşılana kadar, doz her hafta 10 mg artırılabilir.

Atipik Antidepresanlar

Atipik antidepresan ilaçlar (Bak. Tablo 6.4) "atipik"tir çünkü açıkladığımız diğer üç sınıftaki ilaçlardan kimyasal olarak ayrılırlar ya da biraz daha farklı etki gösterirler. Bu ilaçlar; Effexor (venelfaksin), Wellbutrin (bupropiyon) ve Desyrel'den (trazodon) oluşur.

Effexor, Amerikan pazarına girmiş en yeni antidepresandır ve hem serotoninin gerialımını hem de trisiklik ilaçlar gibi norepinefrinin gerialımını engellediği için standart SSGİ'lerden ayrılır. Kimyasal olarak, siklik ilaçlarla ilişkisizdir, Elavil ve Tofranil gibi ilaçlarınkine benzer yan etkileri yoktur. Wellbutrin, 1989 yılında piyasaya çıkmıştır ve nasıl etkili olduğu bilinmemesine rağmen, dopamin'in gerialımını engelleyerek işe yaradığı görülmektedir. Desyrel 1981'den beri piyasadadır ve selektif serotonin ilaçlar gibi serotonin'in gerialımını engeller. Ayrıca, depresyonu hafifletmeye yardımcı olmak için, serotonin reseptörlerini doğrudan harekete geçirebilen kimyasallara parçalandığından ötürü de farklılaşır.

Tablo 6.4
Atipik Antidepresanlar

İlaç	*Başlama dozu*	*Terapötik doz*
venelfaksin (Effexor)	25-75 mg	75-400 mg
bupropiyon (Wellbutrin)	100-200 mg	300-450 mg
trazodon (Desyrel)	50-100 mg	300-400 mg

Endikasyonlar. Bu ilaçların hepsinin majör depresyon tedavisinde yararlı olduğu kanıtlanmıştır. Effexor, diğer antidepresan denemelerine yanıt vermemiş kişilerin de dahil olduğu, ciddi depresyondaki yatılı hastalar üzerinde incelenmiştir. Diğer tedavilere yanıt vermemiş hastaların yaklaşık yüzde 30'u ile 40'ında yarar sağladığı görülmüştür. Wellbutrin, atipik depresyonda incelenmiştir ve bu alt tür için MAOİ'ler kadar yararlı olabilir. İlk iddialar, Wellbutrin'in çok eğilimli hastalarda genellikle maniye neden olmadığı yönündeydi , fakat bu iddia, zamanla geçerliliğini yitirmiştir. Wellbutrin ayrıca, özellikle yüksek dozda alındığında oldukça etkili sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle, daha frenlenmiş, "etkisini zamanla yitiren" depresyonu olan hastalarda kullanılabilir.

Aksine, Desyrel son derece yatıştırıcıdır ve rahatsız edici uykusuzluk ile anksiyetenin görüldüğü depresif vakalarda, diğer antidepresanların etkisini çoğaltmak için ve hatta depresyonlu olmayan hastalarda uyutucu niteliğiyle kullanılabilir. Diğer birçok ilaca nazaran daha az kuvvetli bir antidepresan olduğu için eleştirilmiştir.

Yan Etkiler. Bu ilaçlar, kimyasal sınıfları ve etki etme yolları bakımından farklı oldukları için, yan etki profilleri de birbirinden ayrılır. Effexor'un en yaygın yan etkileri; mide bulantısı, uykusuzluk, uyuklama ve cinsel problemlerdir. Bu profil, SSGİ'lerinkine çok benzer ve aynı şekilde ele alınabilir. Birçok insan, ilk üç ya da dört haftada bu yan etkilere alışır (cinsel işlevsizlik dışında). Yüksek dozlarda Effexor, tansiyon yükselmesine neden olabilir; bu nedenle, her tedavi görüşmesinde tansiyonun ölçülmesi gerekir. Wellbutrin'in en ciddi yan etkisi; nöbetlerdeki, doza bağlı artıştır. Nöbet ya da kafa travması geçirmiş hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Bunun dışında, Wellbutrin, bildirilen kısa süreli uykusuzluk, huzursuzluk, mide bulantısı ve baş ağrısı gibi durumlar hari-

cinde oldukça iyi tolere edilir. Desyrel'in en yaygın yan etkisi sedasyondur. Doz, uyumadan önce alınırsa genellikle bir problem görülmez; fakat, bazı kişiler uyanıkken bile kendilerini hâlâ uykulu, sersemlemiş hissederler. Bazen, ilacı yemekle almak emilimi yavaşlatır ve sedasyonu azaltır. Desyrel ayrıca, ortostatis'e neden olabilir ve özellikle yüksek doz alan yaşlıların, hem otururken hem de ayaktayken tansiyonları ölçülmelidir.

Doz Miktarı. Effexor'un normal başlama dozu, günde iki kere 37,5 mg'dir; fakat, yaşlı hastaların bu dozun yarısıyla başlaması gerekebilir. Doz, ikinci haftada günde iki kez 75 mg'ye çıkarılabilir. Birçok poliklinik hastanın, günlük 150-225 mg doza yanıt verdiği görülmektedir. Bu dozlarda hiçbir yanıt alınmazsa, doz, günde 300-400 mg olana kadar her hafta 75 mg artırılabilir.

Wellbutrin'e normalde, günde iki kez 100 mg'lik dozda başlanır ve günde en uygun bölünmüş 300-400 mg doz miktarına ulaşılana kadar her hafta 100 mg artırılabilir. Trazodon'a, üreticinin tavsiye ettiği günlük 150 mg olan yüksek dozdan ziyade, 50 mg ile başlamayı tercih ediyoruz. Yüksek dozların, birçok kişi için gereğinden fazla yatıştırıcı olduğu görülmektedir ve yaşlılarda da tansiyon problemine neden olabilmektedir. Günde 150-300 mg doz miktarına ulaşılana kadar, doz, her üç günde bir 50 mg artırılabilir. Bunun trazodon için uygun bir doz miktarı olduğu görülmektedir. Daha yüksek dozlar, daha az etkili olabilir.

ELEKTROKONVÜLSİF TERAPİ

Elektrokonvülsif terapi (EKT), psikiyatrinin en eski ve tartışmalı tedavilerinden biridir. 1930'lu yıllardan beri kullanılmaktadır ve son 15 yıldaki çalışmalar, EKT'nin, majör depres-

yon için mümkün olan muhtemelen en etkili tedavi olduğunu ileri sürmüştür. O halde, tartışma konusu olan nedir?

EKT, bir dizi genel nöbete sebep olmak amacıyla, hastanın beyninden elektrik akımı geçirmeyi kapsar. Bu teknik çok terapötik gelmeyebilir; fakat, tekrarlayan nöbetlerin, nörotransmitterlerde ve reseptörlerde, uzun vadeli antidepresan tedavisi kullanımında görülenlere benzer değişime yol açtığı görülür. Ne yazık ki, kimse EKT'nin nasıl etkide bulunduğunu bilmiyor. Bu tekniği kullanma nedenimiz; başka hiçbir şey işe yaramadığında bunun çoğunlukla işe yarıyor olmasıdır.

EKT'nin, zorlukların yorduğu bir geçmişi vardır. Yıllarca, gelişigüzel bir şekilde ve yararlılığını destekleyecek özenli çalışmalar olmadan uygulanmıştır. Ayrıca, *Guguk Kuşu* filmindeki EKT görüntüleri gibi popüler medya gösterileri, bu prosedüre karşı kamuoyunu birleştirmek için çok işe yaramıştır. EKT'nin kullanımı, etkili antidepresanların çıkmasıyla, 1950'li ve 1960'lı yıllarda neredeyse ortadan kalkmıştır. Buna rağmen, günümüzde majör depresyonun tedavisinde öncelikli olarak kullanılmaktadır. 1970'li yıllardan beri, EKT'nin etkililiğini ve antidepresan ilaçların, kullanan hastaların ancak yüzde 30 kadarına yardım edebilme başarısızlığını gösteren iyi çalışmalar sayesinde, yeniden kullanılmaya başlanmıştır. Prosedür, kasların rahatlamasını ve uyumayı sağlayan anestezinin dahil edilmesi ve tedavileri yürütmek için daha iyi makinelerin geliştirilmesi ile, 1940'lı ve 1950'li yıllardakine nazaran, oldukça tehlikesizdir. Günümüzde hastalar, EKT indüksiyonu boyunca neredeyse hiçbir şekilde hareket etmemektedirler.

Dezavantaj yönünden, hastalar tedavi sürecinde bazı zihin karışıklıkları ya da hafıza kaybı yaşarlar ve kimisi de, gün aşırı verilen 6-12 EKT tedavisi serisinin ardından aylar boyunca hafıza kaybından şikayet eder. Fakat birçok hasta için EKT, daha güvenilir, hızlı ve sayısız antidepresan denemesinden daha etkili olabilir.

EKT'nin depresyondaki kullanımı için, diğer üniversite merkezlerinde kullanılanlara benzer belirli kriterler kullanıyoruz. Kriterlerden biri; antidepresan ilaçlara tahammül edilemediği ya da bu ilaçlar önemli bir tıbbi risk oluşturduğu zaman EKT'nin kullanılabileceğidir. Örneğin, SSGİ'lerle ortaya çıkan mide bulantısına dayanamayan bir hasta, EKT için bir aday olabilir. İkinci kriter; yeterli sayıda antidepresan kullanmış fakat yarar görmemiş hastalar için EKT'nin kullanılabileceğidir. Ciddi depresif vakası olan ve iki gayet makul antidepresan ilacı denemesine rağmen yanıt vermemiş bir hasta için EKT düşünülmelidir. Üçüncü kriter; yakında olmasından korkulan bir intihar riski ya da depresyonun hastanın sağlığına yönelik oluşturduğu ciddi risk nedeniyle hızlı bir yanıt alınması gerektiğinde EKT kullanılabilir. Depresyonunun şiddetinden ötürü yemeden kesilen ve tehlikeli miktarda kilo kaybı yaşayan bir hasta da bu kategoriye girebilir. Depresyondaki, manideki ya da şizofrenideki katatoni'nin varlığı da çok ciddi olabilir ve bu vakalarda çoğunlukla EKT'nin kullanılmasını öneriyoruz. Sonuç olarak, eğer bir hasta geçmişte EKT'ye yanıt vermişse, bunun tekrar başarılı olması beklenebilir.

MAJÖR DEPRESYONUN ALT TÜRLERİ

Geçtiğimiz son kırk yılda, majör depresyonun, diğerlerine nazaran bazı tedavi rejimlerine daha fazla yanıt verdiği görülen birçok alt türü tanımlanmıştır. Bunlar; psikotik depresyon, atipik depresyon, melankolik depresyon ve mevsimsel depresyondur.

Psikotik Depresyon

Psikotik depresyonlar, hastaların majör depresyon kriterlerini karşıladığı fakat kuruntu ya da halüsinasyon gibi psikotik belirtilerinin olduğu depresyonlardır. Kuruntular çoğunlukla;

suç, kişisel yetersizlik, nihilizm ya da somatik kaygılar gibi konuları kapsarlar ve depresyon hissiyle ortaya çıktıkları zaman *ruh haliyle tutarlı semptomlar* olarak nitelendirilirler.

Örneğin, muayane ettiğimiz yaşlı bir hasta, yatalak olacağı ve yemek için beslenme tüpüne gereksinim duyacağı bir noktaya kadar, altı hafta boyunca depresyonunda artış yaşamıştı. Yaşamayı hak etmediğini düşünüyordu çünkü altı çocuğuna da, büyürlerken çok kötü davranmıştı. Ancak artık büyümüş olan çocuklar, kendilerine hiç kötü davranıldığını hatırlamıyorlardı; aksine, annelerini sevecen ve üzerlerine aşırı düşkün biri olarak tanımlıyorlardı. Şaşkın ve kaygılı çocuklar, ellerinden geldiğince uğraştılarsa da, bu zavallı kadını, yanlış bir şey yapmadığına ikna edemediler.

Yaygın halüsinasyonlar, hastalara; değersiz, kabahatli ve ölmeyi hak ettiklerini söyleyen aşağılayıcı seslerden oluşur. Bazen hastalarda, depresyonla alakalı olmayan bazı psikotik semptomlar görülür; eziyet edildiklerini ya da bazı dış güçler tarafından kontrol edildiklerini hissetmeleri gibi. Bunlar, *ruh haliyle tutarsız psikotik semptomlar* olarak nitelendirilir.

Psikotik özellikleri olan depresyon, majör depresyonun tüm önemli vakaları gibi, kesinlikle ciddi bir durumdur ve tiroid problemleri ya da beyin tümörleri gibi tedavi edilmesi mümkün sebepleri ortadan kaldırmak için tıbbi olarak değerlendirilmelidir. Bu, tek başına psikoterapinin iyi bir fikir olmadığı türde bir depresyondur.

İlk olarak; psikoterapinin tek başına, psikotik depresyona yardımcı olduğunu gösteren hiçbir kanıt yoktur. İkincisi; yüksek intihar ya da diğer hastalıklık oranları, psikotik özellikleri olan depresif vakalarla ilişkilidir. Son olarak; birçok kanıt, belirli tıbbi tedavilerin yardımcı olduğu iddiasını desteklemektedir. Bu; antidepresanların, Haldol ya da Prolixen gibi antipsikotik ilaçlarla birlikte kullanımının, hastaların çoğunda yardımcı olduğu sonucunu ortaya çıkarır.

Depresyonun diğer türlerinin aksine, psikotik depresyonlar, tek başına antidepresanlara pek yanıt vermezler. Kimyasal olarak bir antidepresan ve antipsikotik arasında bir yerde olan amoksapin adlı siklik ilaç bir istisna olabilir. Bir çalışmada, amoksapin'in, psikotik depresyon tedavisinde antidepresan ve standart antipsikotik ilacın birleşimi kadar etkili olduğu bulunmuştur.

Birçok hastanede, psikotik depresyon için teşhis sonrası uygulanan ilk terapi olarak gittikçe artarak kabul gören yaklaşım; EKT'dir. Daha önce açıklaması yapılan bu oldukça eski yaklaşım, ilaç terapisine birçok avantaj sunar. Birçok araştırmacı, EKT'nin ilaç terapisinden daha etkili olduğunu, daha hızlı çalıştığını ve birçok vakada ilaç kombinasyonundan daha iyi tahammül edildiğini düşünmektedir.

Hasta, EKT için, yukarıda açıklanan kriterleri karşılarsa, psikotik depresyon için uygulanan ilk tedavi olarak EKT kullanılabilir. Aksi taktirde, psikotik depresyonlu hastalarda öncelikle bir standart antidepresan ve antipsikotik ilacın kombinasyonunun denenmesini öneriyoruz çünkü bu, üstünde en iyi çalışılmış yaklaşımdır. Bu deneme başarısız olduğu taktirde, amoksapin denenebilir. Her iki tedaviye de başarısız yanıt alınması, bir dizi elektrokonvülsif terapiyi garantileyebilir.

Melankolik Depresyon

Melankolik depresyon, geçmişte, biyolojiye dayalı ve biyolojik tedavilere diğerlerine nazaran daha fazla yanıt verdiği düşünülmüş bir majör depresyon alt türüdür. Gerçekte, melankolik depresyon tanı kriterleri; EKT ya da antidepresanlar gibi biyolojik terapilere geçmişte verilmiş iyi yanıtı; sabah erken uyanma, sabahları kendini çok daha kötü hissetme (günlük değişimler), önemli ölçüde iştah ve kilo kaybı ile neredeyse tüm

etkinliklerdeki ilgi ve memnuniyetin kaybolması gibi belirgin vejetatif semptomlar içerir.

Sorun; birçok çalışmanın, melankolik depresyonun, bedensel terapiye diğer yaklaşımlardan daha olumlu yanıt verdiği iddiasını desteklememiş olmasıdır. Psikotik depresyon gibi, melankolik depresyon hakkında bilinenler de, çok çeşitlilikteki majör depresyon vakasından oldukça az farklıdır. Depresyonlu hastaların yaklaşık yüzde 30'u, sadece bir draje ya da plasebo ile tedavi edildiğinde belirgin düzelme gösterecektir. Melankolik depresyondaki hastaların çok daha az bir bölümünün plaseboya yanıt verdiği görülür ve bu oran, bu depresyonların daha şiddetli olduğu gerçeğini yansıtabilir. Benzer şekilde, melankolik depresyondaki hastalar, majör depresyondaki birçok hastanın aksine, sadece hastaneye yatırılmaya pek yanıt vermez. Ve son olarak, bu hastalar için antidepresanları ve psikoterapiyi karşılaştıran çok az çalışma olsa da, bazı çalışmalar, melankoliklerin tek başına psikoterapiye, depresyonun diğer türlerine nazaran daha az olumlu yanıt verdiğini öne sürmektedir.

Bu bilgiler dahilinde, melankolik depresyon tanı kriterlerini karşılayan hastaların, eğer mümkünse sadece psikoterapiyle tedavi edilmemesini öneriyoruz. Her ne kadar trisiklik antidepresanlar, melankolik depresyon tedavisinde en iyi incelenen ilaçlar olsa da, kanıtlar, SSGİ'lerin ve Effexor (venlafaksin)'un da dahil olduğu diğer antidepresanların da gayet iyi olabildiğini ileri sürmektedir. Bu ilaçlar, siklik ilaçlardan daha iyi tolere edildikleri için, ilk bu ilaçlarla başlanması daha mantıklı olabilir. Eğer hastadan yanıt alınmazsa, bir siklik ilaç denenebilir. Hasta iki faklı antidepresan sınıfına da yanıt vermezse ya da EKT kriterlerini karşılarsa, EKT önemli bir tedavi seçeneği olur.

Atipik Depresyon

Atipik depresyon, bazı hastaların MAOİ'lere trisikliklerden daha iyi yanıt verdiğini gösteren ilk antidepresan gözlemlerinden kaynaklanmış bir alt türdür. Bu sonuç, geçtiğimiz son otuz yıl boyunca birçok çalışmada doğrulanmıştır ve atipik depresyon kriterleri ilk kez *DSM-IV*'e dahil edilmiştir.

Kriterler reaktif bir ruh halini kapsar. Bu, melankolik depresyondakinin aksine, bir hastanın ruh halinin, gerçekleşen bazı pozitif olaylarla geçici olarak düzeltilebildiği anlamına gelir. Diğer belirtiler; sözde karşıt vejetatif semptomlar, yani; iştah kaybı ve uykusuzluğun aksine aşırı yeme ve uyumadır. Bu, semptomların hiç de "atipik" olmadığı anlamına gelir ancak bu semptomların varlığı, bir antidepresan sınıfının bir diğerine tercihen kullanılmasını gerektirebilir. Birçok çalışma MAOİ'lerin, bu depresyon türünü tedavi etmek için yararlı olduğunu ileri sürmesine rağmen, yukarıda açıklanan problemlerden ötürü kullanılması en zor antidepresanlar arasındadırlar.

İyi haberler, Prozac ve Wellbutrin (buproprion) gibi ilaçların da aynı şekilde etkili olabildiğidir. Bunlar, MAOİ'lerden daha az incelenmişlerdir; fakat, birkaç çalışma, depresyonun atipik alt türü için iyi etki sağladıklarını öne sürmüştür. Bu ilaçlar MAOİ'lerden daha az zehirleyici olduklarından, hasta atipik depresyon kriterlerini karşılıyorsa, tedaviye SSGİ ya da Wellbutrin ile başlanmasını öneriyoruz. Eğer hasta makul bir tedavi denemesinden yarar görmezse, ilaç kesilebilir ve uygun bir ilaçsız periyoddan sonra bir MAOİ başlatılabilir. Prozac gibi ilaçlar, Nardil gibi ilaçlarla birlikte ölümcül şekilde tepkime gösterebilir ve ne yazık ki, bir MAOİ başlatılmadan önce, beş haftalık bir ilaçsız dönemin beklenmesi gerekebilir.

Mevsimsel Depresyon

Mevsimsel depresyonların varlığı yüz yıllardır bilinmektedir, fakat sadece son on beş yılda detaylı şekilde incelenmişlerdir. Günümüzde majör depresif rahatsızlıklardaki *belirteçler* olarak adlandırılan bu depresyonlar genellikle, gündüzlerin oldukça kısa olduğu Ekim ve Kasım ayları arasında başlayan depresyonlarla tanımlanırlar. Şubat ve Nisan ayları arasında gündüz saatleri uzadığından, hastalar depresyonlarında bir hafifleme yaşayabilirler ve hatta manik ya da hipomanik olabilirler. Bir hastaya mevsimsel duygulanım bozukluğu tanısı konulması için, hastanın, 3 farklı yılda mevsimlere bağlı olarak en az üç vaka geçirmiş olması gerekir.

Kış aylarında insanların tam ışık spektrumuna maruz kaldığı süreyi artırmak nükseden kış depresyonlarıyla baş etmek konusunda birçok kişiye yardımcı olabilir. Bu hastaların çoğu ayrıca, bir antidepresan ya da duygudurum düzenleyici ilaca da ihtiyaç duyacaktır. Diğer uygulamalar gibi, ışık terapisi ya da fototerapi, prosedür hakkında deneyimli olan bir kişi tarafından gerçekleştirilmelidir.

Fototerapiyi tek başına, hafif kış depresyonu olan hastalarda kullanmayı öneriyoruz. Eğer sabahları otuz dakika süren 2,500-10,000 lux'luk ışık terapisinde iki haftada hiçbir yanıt alınmazsa, bir standart antidepresan tedaviye dahil edilmelidir. Daha ciddi mevsimsel depresyonlar derhal bir antidepresanla ya da bazen de EKT ile tedavi edilmelidir. Fototerapi, bazı vakalarda antidepresanların etkisini artırmak için kullanılabilir.

Bedensel terapi, majör depresyona karşı önemli ve güçlü bir seçenek sunar. Depresyonlu hasta için tedavi planı, mümkün olan çeşitli bedensel tedavilerin risklerini ve faydalarını göz önünde tutmalıdır. Psikiyatrik rahatsızlıkların bedensel terapisinde hastanın dikkatli değerlendirilmesi ve bir uzmanın danışmanlığı ile tedavi planı, hastanıza depresyonun yükün-

den kurtulmasını sağlayacak maksimum fırsatı sunmak için geliştirilebilir.

KAYNAKLAR

American Psychiatric Association. (1993). *Practice guidelines for major depres-sive disorder in adults.* Washington, DC: APA Press.

Anton, R. R, & Sexauer, J. D. (1983). Efficacy of amoxapine in psychotic depression. *American Journal of Psychiatry,* 140, 13 44- 13 47.

Avery, D., & Winokur, G. (1977). The efficacy of electroconvulsive therapy and antidepressants in depression. *Biological Psychiatry,* 12, 507-523.

Baldessarini, R. J. (1985). *Chemotherapy in psychiatry.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Chan, C. H., Janicak, P. G., Davis, J. M., et al. (1987). Response of psychotic and nonpsychotic depressed patients to tricyclic antidepressants. *Journal oj Clinical Psychiatry,* 48, 197-200.

DeBattista, C., & Schatzberg A. F. (1994). An algorithm for major depression and its subtypes. *Psychiatric Annals,* 24(7), 341-347.

Dimascio, A., Klerman, G. L., & Prusoff, B. A. (1975). Relative safely of amitriptyline in maintenance treatment of major depression. *Archives of General Psychiatry,* 160, 34-41.

Doogan, D. P., & Callard, V. (1992). Sertraline in the prevention of depression. *British Journal of Psychiatry,* 160, 217-222.

Fairchild, C. J., Rush, A. J., Beck, A. T., et al. (1986). Which depression responds to placebo? *Psychiatry Research,* 18, 217-226.

Feighner, J. P., & Cohn, J. B. (1985). Double blind comparative trial of fluoxetine and doxepin in geriatric patients with major depression. *Journal of Clinical Psychiatry,* 46(3), 20-25.

Georgotas, A., McCrue, R. E., & Cooper, T. B. (1989). A placebo controlled comparison of nortriptyline and phenelzine in maintenance therapy of elderly depressed patients. *Archives of General Psychiatry,* 46, 783-786.

Glen, A. M., Johnson, A. L.,&Shapeard, M. A. (1984). Continuation ther-apy with lithium and amitriptyline in unipolar depressive illness: A ran-domized, double-blind, controlled trial. *Psychological Medicine,* 14(1), 37-50.

Heldigenstein, J. H., Tollefson, G. D., & Fanes, D. E. (1993). A double

blind trial of fluoxetine, 20 mg, and placebo in outpatients with DSM-III-R major depression and melancholia. *International Journal of Clinical Psycbopharmacology*, 8(4), 247-51.

Klerman, G. L. (1990). The psychiatric patient's right to effective treatment: Implications of Osheroff v. Chestnut Lodge. *American Journal of Psychiatry*, 147(4), 409-418.

Liebowitz, M. R., Quitkin, F. M., Stewart, J. W., et al. (1984). Phenelzine and imipramine in atypical depression: A preliminary report. *Archives of General Psychiatry*, 41, 669-677.

Liebowitz, M. R., Quitkin, F. M., Stewart, J. W., et al. (1988). Antidepressant specificity in atypical depression. *Archives of General Psychiatry*, 45, 129-137.

Lykouras, E., Malliaras, G. N., Christodoulou, G. N., et al. (1986). Delusional depression: Phenomenology and response to treatment. *Psychopathology*, 18, 157-164.

Minter, R. E., & Mandel, M. R. (1979). The treatment of psychotic major depressive disorders with drugs and electroconvulsive therapy. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 167, 726-733.

Montgomery, S. A. (1993). Venlafaxine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(3), 119-126.

Montgomery, S. A., & Dunbar, G. C. (1991, December). *Paroxetine and placebo in the long-term maintenance of depressed patients*. Paper presented to the American College of Neuropsychopharmacology, San Juan, Puerto Rico.

Nelson, C. J., Mazure, C. M., & Jatlow, P. I. (1990). Does melancholia predict response in major depression? *Journal of Affective Disorders*, 18, 157-165.

Prien, R. F, Baiter, M. F, & Caffey, E. M. (1973). Lithium and imipramine in the prevention of affective episodes. *Archives of General Psychiatry*, 29, 420-425.

Prien, R. F, Kupfer, D. J., Mansky, P. A., et al. (1984). Drug therapy in the prevention of recurrences in unipolar and bipolar affective illness: A report of the NIMH Collaborative Study Group. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1096-1104.

Prusoff, B. A., Weissman, M. M., Klerman, G. L., et al. (1980). Research diagnostic criteria subtypes of depression: Their roles as predictors of differential response to psychotherapy and drug treatment. *Archives of General Psychiatry*, 37, 796-801.

Quitkin, F. M., McGrath, P. J., Stewart, J. W., et al. (1989). Phenelzine and imipramine in mood reactive depression: Further delineation of the syndrome of atypical depression. *Archives of General Psychiatry*, 46, 787-793.

Quitkin, F. M., Stewart, J. W., McGrath, P., et al. (1988). Phenelzine vs. imipramine in probable atypical depression: Defining the boundaries of MAOI responders. *American Journal of Psychiatry*, 145, 306-312.

Rosenthal, N. E., Sack, D. A., Carpenter, C. J., et al. (1985). Antidepressant effects of light in seasonal affective disorder. *American Journal of Psychiatry*, 142(2), 163-170.

Rosenthal, N. E., Sack, D. A:, Gillin, J. C., et al. (1984). Seasonal affective disorder: A description of the syndrome and preliminary findings with light treatment. *Archives of General Psychiatry*, 41, 72-80.

Sargent, W. (1961). Drugs in the treatment of depression. *British Medical Journal of Clinical Research*, 1, 226-227.

Schatzberg, A. F. (1992). Recent developments in the acute somatic treatment of major depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(Suppl. 3).

Schatzberg, A. F., & Cole, J. O. (1991). *Manual of clinical psychopharmacology* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Spiker, D. G., Weiss, J. C., Dealy, R. S., et al. (1985). The pharmacological treatment of delusional depression. *American Journal of Psychiatry*, 142, 430-436.

Stewart, J. W., Quitkin, F. M., Tennan, M., & Terman, J. S. (1990). Is seasonal affective disorder a variant of atypical depression? Differential response to light therapy. *Psychiatry Research*, 33, 121-128.

Stratta, P., Bolino, E. & Cupilllari, M. (1991). A double blind parallel study comparing fluoxetine with imipramine in the treatment of atypical depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 6(3), 193-196.

Thase, M. E. (1989). Comparison between SAD and other forms of recurrent depression. In M. E. Rosenthal & M. C. Bleher (Eds.), *Seasonal affecting disorders and phototherapy* (pp. 64-78). New York: Guilford Press.

Tignol, J., Stoker, M. J., & Dunber, G. C. (1992). Paraoxetine in the treatment of melancholia and severe depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 7(2), 91-94.

U.S. Department of Health and Human Services. (1993). *Depression in primary care: Vol. 2. Treatment* (AHCPR No. 93-0550). Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.

Zimmerman, M., & Spitzer, R. L. (1989). Melancholia: From DSM-III to DSM-III-R. *American Journal of Psychiatry*, 146(1), 20-28.

7. BÖLÜM

KOMBİNE TEDAVİ

Michael E. Thase and Ira D. Click

Majör depresyon çoğunlukla, psikoterapi ve antidepresan farmakoterapinin kombinasyonu ile tedavi edilir. Nitekim, Amerikan Psikiyatri Derneği'nin "Majör Depresyonun Tedavisi İçin Uygulama Kılavuzu" da birçok hasta için bu kombinasyonu önermektedir. Bu bölümde, antidepresan ve psikoterapinin kombinasyonunun gerekçesi ve yöntemleri üzerinde durulmakta, kombine tedavinin etkililiği, tek modalitelere ilişkin incelenmektedir.

Ayrıca, maliyet sınırlama ve sağlık yönetimi günümüzde ruh sağlığı uygulamasına hakim olduğundan, maliyet etkinliğiyle ilgili sorular ve tedavi modalitelerinin ardışık uygulamasına da değinilmektedir. Esas sorun, pratisyen doktorların artık, yalnızca ilaç, yalnızca psikoterapi ya da ikisinin kombine tedavisini öngörürken, endikasyonların ve kontra endikasyonların farkında olması gerektiğidir.

TEDAVİ SUNUM YÖNTEMLERİ

Kombine tedavi stratejisi genellikle üç tedavi sunum yönteminden biriyle sağlanır: (1) her iki tedaviyi de yürüten bir psi-

kiyatrist, (2) bir psikiyatristle birlikte çalışan tıbbi eğitim almamış bir psikoterapist ve (3) psikiyatr olmayan bir doktorla çalışan tıbbi eğitim almamış bir psikoterapist. Kesin verilerin eksik olmasına rağmen, her üç yöntemin de geniş çapta uygulandığı görülmektedir.

Tek sağlık personeli olarak psikiyatristin birçok önemli avantajı vardır. Tek bir sağlık personeli, iletişime şekil verir ve hasta ile kendisi arasındaki terapötik ilişkiye yoğunlaşır. Psikoterapi, haftalık görüşmelerle yürütüldüğünden, ilacın etkileri ve yan etkileri neredeyse tamamen dikkatlice gözlemlenir. Yine de, psikiyatristler tarafından sağlanan kombine tedavinin birçok dezavantajı da bulunmaktadır. İlki; tüm depresyonlu hastalar antidepresan tedavisini gerektirmezler ve bu hastalar için psikofarmakolojideki psikiyatristin özel uzmanlığı boşa harcanmış olabilir. İkincisi; kombine tedavi yaklaşımını gerektiren hastaların tümünü tedavi edecek çok az psikiyatrist vardır. Üçüncüsü; psikiyatristler, masrafı en yüksek oranda geri ödenen ruh sağlığı profesyonelleri oldukları için, bu tedavi yöntemi en pahalısı olabilir.

Bir diğer mesele, çok az psikiyatristin aldığı psikoterapi eğitimi ile ilgilidir. Özellikle, bazı psikiyatristler çoğunlukla biyomedikal modellerde eğitilmişlerdir. Fakat çoğunluğu (en azından geçmişte) sadece, içgörü-yönelimli psikoterapinin daha geleneksel ve uzun vadeli modellerinde eğitim almışlardır. Birinci durumdaki psikiyatrist, psikoterapi hizmeti vermek için isteksiz olabilir ve ikinci durumdaki psikiyatrist de, depresyonda etkili olduğu kanıtlanan daha yönlendirmeci, süre sınırlı terapileri sağlamak için yeterli beceride olmayabilir.

Tıbbi eğitim almamış bir psikoterapistin ve beraberinde bir psikiyatristin ortak çalışması, yukarıda belirtilen kısıtlamaların birçoğuna hitap eder. Belki de en önemlisi; bu modelin, her iki pratisyen hekimin, ideal olarak net bir işbölümü ile özel uzmanlık alanlarına odaklanmasına olanak sağlamasıdır. Sa-

dece farmakoterapist olarak çalışan psikiyatrist ile, psikoterapist, akut evre terapisi için çok daha fazla hastaya hizmet verebilir.

Psikoterapist-Farmakoterapist işbirliğinin birçok dezavantajı da vardır. Örneğin, üçlü terapötik ilişki, yanlış iletişim olasılığına yol açar. Bu yanlış iletişim hem "masumane" bir şekilde hem de terapistler arasında ayrılığa düşme şeklinde olabilir. Bazen, oldukça becerikli klinik uzmanları, rekabetçi, verimsiz etkileşimlere girme gibi bir hataya düşebilirler. Psikiyatristin ulaşılabilirliği ve masrafı da göz önünde tutulacak bir durumdur. Bunun dışında, tıbbi eğitim almamış bir psikoterapistin, Gerald Klerman ve Myrna Weissman'ın kişiler arası psikoterapisi ya da Aaron Beck'in bilişsel terapi modeli gibi deneysel olarak geçerli terapilerin birinde deneyimli olması garanti değildir.

Tıbbi eğitim almamış bir terapistten ve bir genel tıp doktorundan (örneğin, bir dahiliyeci ya da aile doktoru) oluşan tedavi takımı, psikiyatristin kısıtlı ulaşılabilirliğinin ve masrafının üstesinden gelir. Bu durum profesyonel rekabetle ilgili problemleri de azaltabilir ancak aynı zamanda, psikiyatristin psikofarmakolojide ve depresyon tedavisindeki uzmanlığı ve deneyiminden yararlanamama ihtimalini doğurabilir. Bu tabii ki, genel tıp doktoru ile tıbbi eğitimi olmayan psikoterapistin işbirliğinin en büyük dezavantajıdır: Klinik teşhisteki ince ayrıntılar kaçırılabilir ve sayısız antidepresan seçeneği kullanılamayabilir.

KURAMSAL İSPAT

Antidepresan farmakoterapi ve yeni süre sınırlı psikoterapiler, farklı mekanizmalar aracılığıyla depresyonun patofizyolojisine hitap eder. Şüphesiz, her iki tedavi modalitesi de, birçok depresif vakanın kendiliğinden geçmesine yönelik eğilimden

ve terapinin sözde nonspesifik yönlerinden (beklenti, motivasyon ve plasebo yanıtı) yararlanır. Plasebo tedavisini, klinik uygulamalarda ahlaki olarak kabul edilen bir seçenek olarak görmediğimizden, terapötik sürecin bu nonspesifik öğesi, tedavinin aktif modeline daha uygun şekilde dahil edilir.

Klinik depresyonun patofizyolojisi en iyi, bir etkileşimsel ve biyopsikososyal süreç olarak anlaşılır. Bu; genetik, duruma bağlı biyomedikal, bilişsel, kişilik, kişiler arası, sosyal destek ve yaşam stresi unsurlarının göz önünde bulundurulmasını gerektiren kapsamlı bir açıklama modelidir. Böylece depresif sendromların bariz heterojenliği, bu biyopsikososyal faktörlerin farklı kombinasyonlarından ve permütasyonlarından kaynaklanıyormuş gibi görülebilir.

Psikoterapötik ya da farmakolojik monoterapi stratejileri, hastalık patolojisinin daha basit modellerine yöneltilen deneysel olarak daha sade tedavilerdir. Örneğin, depresyonun, çarpık tutumların ve inançların aktivasyonuna bağlı stresten kaynaklandığı düşünülüyorsa, bilişsel terapi en uygun tedavi olabilir. Bunun aksine, eğer kritik patofizyolojik olay, monoamin nörotransmisyonun düzensizliğinin yol açtığı bir stres ise, böylesi düzensizliği dengeleyen bir antidepresan yeterli olacaktır. İşin garibi, bu yaklaşımın sezgisel çekiciliğine rağmen, patolojilere yönelik tedavilerin daha sınırlı eşleştirmelerine olanak tanıyan klinik metodlar henüz yeteri kadar iyi geliştirilmemiştir.

Bu tarz eşleştirme stratejileri olmadığı müddetçe, her monoterapi stratejisini takip eden kısıtlamalar kabul görmelidir. Örneğin, farmakoterapinin en iyi ihtimalle, hastanın, hastalık öncesi uyum düzeyine geri dönmesine yardımcı olması beklenebilir (tatmin edici olabilir de olmayabilir de). *Listening to Prozac* adlı kitabın verdiği mesaj bir tarafa, antidepresanlara yanıt veren birçok hasta, depresif bir vakanın tedavisinden sonra kişilikte Pygmalion'a (Yaptığı heykele aşık olan Kıbrıs-

lı heykeltraş) benzer bir dönüşüm yaşar. Farmakoterapi daha ziyade, merkezi sinir sistemi fonksiyonundaki duruma bağlı anormallikleri düzeltmeyi ya da yeniden dengelemeyi amaçlar; ki bu da, ruh hali, enerji, libido, uyku ve iştahtaki iyileşmelerle yansıtılır.

Antidepresan kullanım süreci, hem farmakokinetik (ilacın emilimi, dağılımı ve metabolizması) hem de farmakodinamik (ilacın, presinaptik, sinaptik ve postsinaptik mekanizmalar üzerindeki etkileri) etkileri gerektirir çünkü klinik yanıt normalde, uygun bir dozaja ulaşmadan önce en az birkaç hafta gecikir. Belirli bir ilaca verilen yanıt, tedaviyi başlattıktan itibaren altı-sekiz hafta içerisinde görülmelidir. Farmakoterapi yanıtlarında önemli ölçüde farklılıkların ortaya çıkması ve bir hastanın, ilacın ilk denemesine ortalama yüzde 50 ile 70 civarında yanıt verme ihtimalinin olması hiç de şaşırtıcı değildir. Bunun dışında, yaygın bir antidepresana yanıt vermeyen bir hastanın, alternatif bir ilaca yanıt vermesi için hâlâ yüzde 25 ile 50 oranında şansı vardır. İlacın etkililiğini kısıtlayan ana sorunlar; yan etkilerin tahammül edilebilirliği ve öngörülen dozaja uymadır.

Böylece farmakoterapist, hastaya, beyin fonksiyonunun anormalliğini dengelemek ve sonunda bunu halletmek için tıbbi tedavinin gerekli olduğu varsayımı üzerine inşa edilmiş hastalık modelini sunar. Günlük ritimlerin stres ve/veya rahatsız ediciliğine abartılı ya da güçlü bir tepki olarak, genetik ve gelişimsel kırılganlık faktörlerine başvurulabilir. Etkili olduğu taktirde her vakada, en az altı-dokuz haftalık farmakoterapi tedavi süreci rutin olarak önerilir.

Psikoterapist normalde hastayla birlikte, stresli semptomların yönetimi, problem çözme becerilerinin iyileştirilmesi, mevcut sosyal desteklerin kuvvetlendirilmesi ve kayıp ya da çözümlenmemiş hüzün sorunlarını dile getirmeyi amaçlayan tedavi modelleri üzerinde çalışır. Terapi sadece hastadan olu-

şabilir ya da çift, aile veya grup tedavi formatı kullanılabilir. Etkililiği ile ilgili ana konular; modelin hastaya yönelik farkedilen uygunluğu ve hastanın, istenilen değişimi başarmak için bu tedavi modellerini kullanma becerisidir.

TAMAMLAYICI ETKİLERİN YARARLARI

Etki mekanizmaları hususunda, psikoterapi ve farmakoterapi kombinasyonu, tamamlayıcı etkiler olduğu zaman en fazla yararı sağlar. Örneğin, psikoterapi, etkili antidepresan tedavisinin değiştiremediği kişiler arası problemlerle başa çıkması için hastaya yardım etmede kullanıldığı zaman, bir tamamlayıcı etki gözlemlenebilir. Benzer şekilde, sosyal beceriler eğitimi gibi bir davranışsal yaklaşım, kendini gösterememe ve aşırı bağımlılık gibi uzun süredir devam eden problemleri olan hastalarda bir antidepresan tedavisini tamamlamak için de kullanılabilir. Daha etkili kişiler arası becerilerin sırasıyla, hastanın gelecek streslerden kaçınmasına ya da daha az semptomla strese dayanmasına yardımcı olması düşünülebilir. Bu iki faktör de nüksetmeye karşı kırılganlığa bağlı olduğundan, böylesi bir tamamlayıcı etkinin sürekli yarar sağlaması beklenebilir.

Psikoterapi ile karşılaştırıldığında, farmakoterapi etkilerinin, enerji, uyku ya da iştah gibi somatik semptomlar üzerinde daha hızlı ve bazen de daha net gerçekleştiği söylenebilir. Bazı daha şiddetli depresyondaki hastalar, somatik semptomları yüzünden psikoterapötik sürece kendilerini veremeyecek kadar çok sıkıntılı olabilirler. Bu nedenle, farmakoterapinin erken beliren faydaları, cesaret kırıcı iyileşme eksikliği yüzünden hastanın tedaviyi yarıda bırakma riskini çok daha çabuk azaltarak, hastanın psikoterapiye kendini vermesini sağlayabilir.

Tamamlayıcı etkinin bir diğer türü de, psikoterapi, tıbbi tedaviye uyum konusunu dile getirmek için kullanıldığında ortaya çıkar. Yan etkiler hakkındaki kaygılarının ötesinde, dep-

resyonlu hastalar sayısız sebepten ötürü çoğunlukla tedaviye uymazlar. Bu sebepler; bilişsel, kişiler arası ya da psikodinamik yaklaşımlarla ele alınabilir. Yaygın sorunlar; kontrolü kaybetme korkusu, aile üyelerinin ya da diğer önemli kişilerin eleştirilerine verilen tepkiler ve farmakoterapistle etkileşimde bulunma zorluklarıdır. Özellikle, hastalar tedaviyi öngören doktoru otoriter ya da umursamaz olarak algılayabilirler. Bu algı, birçok farmakoterapi görüşmesinin kısalığıyla istemeyerek de olsa pekiştirilir.

Teorik düzeyde, tamamlayıcı etkilerin, eklemeli ya da karşılıklı etkilerden kaynaklandığı düşünülebilir. Eklemeli etkiler, benzersiz, spesifik etki gösteren tedavi kombinasyonundan kaynaklanır. Örneğin, Myrna Weissman ve meslektaşlarının 1979 yılındaki kombine tedavi çalışmasında kişiler arası psikoterapi, farmakoterapinin uyku ve iştah üzerindeki etkilerine katkıda bulunan, suç ve intihar düşüncesi üzerinde etkiler ortaya çıkarmıştır. Kombine tedavinin eklemeli etkisinin, tedavi müdahalelerinin daha geniş kapsamından doğduğu düşünülebilir. Bir *karşılıklı* ya da *sinerjistik* etki, farmakoterapi ve psikoterapi kombinasyonunun geniş kapsamının açıklayamadığı bir sonucu söyleyebilir. Duruma bağlı somutluktan kopan bir hasta, öncelikli olarak farmakoterapiden yararlanmadıkça, fonksiyonel olmayan tutumlarını değiştirmek için bilişsel terapiyi kullanamayabilir. Eklemeli ya da sinerjistik etkiler aracılığı ile kombine tedavi, vakalar uygun şekilde seçilip yeterli derecede tedavi edildiği zaman monoterapilerle karşılaştırıldığında, daha büyük oranda semptom azalması ve yanıt verme olasılığı ile sonuçlanır.

Negatif Etkileşimler

Önceki dönemlerde, psikoterapi ve antidepresan farmakoterapisi arasındaki negatif etkileşimlerin olasılığı hakkında endişe-

ler yaygındı. Özellikle, psikodinamik olarak eğitilmiş psikoterapistler çoğunlukla, farmakoterapinin, hastaların psikoterapiye karşı motivasyonlarını azaltabildiğine dair kaygılarını dile getirmişlerdi. Şimdiye kadar, sınırlı deneysel kanıtlar, bu türün negatif tedavi etkileşimi nosyonunun lehine sonuç ortaya çıkarmıştır. Kombine yaklaşımıyla tedaviye başlayan bazı hastaların, tedaviye hızlı bir yanıt verdikten sonra (muhtemelen antidepresana karşı) haftalık psikoterapi seanslarına karşı hevesini kaybettiğini görüyoruz. Ancak, bilişsel ya da evlilik terapisine verilen hızlı bir semptomatik yanıtın ardından, farmakoterapiye karşı da benzer bir heves kaybı yaşandığını gözlemledik.

Hastanın, ilacı keserek ya da azaltarak terapide bir çatışmaya neden olması da yaygındır. Böylece, hastanın terapiste karşı kızgınlığı, tıbbi tedavideki davranışıyla yer değiştirir. Benzer şekilde, ilaç tedavisine uymamak, hastanın, önemli kişilere yönelik düşmanlığını ya da mental bir rahatsızlığı olduğu için kendine duyduğu nefretini ifade ettiği bir araçtır. Farmakoterapiye yönelik, bir Sergeant Friday tarzı "sadece gerçekler, madam" yaklaşımı gerçekten de bu sorunlardan kaçınabilir mi? Açıkçası biz bundan şüphe duyuyoruz. Bu tarz talihsizlikler daha ziyade, yüksek orandaki ayrılmalar ya da yanıt vermemelerle ve farmakoterapistin "kötü hastalara" karşı hayal kırıklığı ile yansıtılacaktır. İkili ya da üçlü olan kombine tedavinin iyi işlevsellikteki bir modeli, uygun müdahalelerin başlatılması ve tedaviye uyumsuzluğu destekleyen psikososyal faktörlerin fark edilmesi için muhtemelen en uygun olanıdır.

Negatif etkileşimin daha güç farkedilen diğer bir türü, psikoterapi, farmakoterapinin yoğunluğunu etkilediği zaman ortaya çıkabilir. Bu etkinin bir örneği, sosyal beceriler eğitimini ve trisklik antidepresan amitriptilin'i hem tek başına hem de kombine şeklinde inceleyen Michael Hersen ve meslektaşları tarafından 1984 yılında gözlemlenmiştir. Belirli bir biçimde hiçbir eklemeli antidepresan etkisi görülmemiştir; fakat yal-

nızca amitriptilin alan hastalar, kombine rejim alanlardan çok daha yüksek dozda ilaç almışlardır. Geriye dönüp bakıldığında, farmakoterapistlerin, hastalar için tek sorumlunun kendileri olduklarını bildikleri zaman, tedavilerinde daha gayretli oldukları görülmektedir. Benzer şekilde, farmakoterapist ve psikoterapist etkili şekilde işbirliği halinde çalışamadıklarında, negatif bir etkileşim ortaya çıkabilir. İkinci durumda, tedavi takımının yaşadığı zorluklar, ilaç tedavisine uymamayı da içeren terapi şekline ya da terapötik ev ödevlerine zarar verebilir.

Kombine tedavi teorisini ilgilendiren son mevzu, klinik uzmanların ve hastaların, tedavinin "aktif malzemeler"ine yönelik yüklemeleridir. Tedaviler kombinasyon şeklinde kullanıldığında, hangi müdahale şeklinin hangi semptomlar için etkili olduğunu belirlemek bilimsel açıdan imkansızdır. Şüphesiz, monoterapiler kullanıldığında bile, belirli bir tedavinin kendine özgü etkinliğini, kendiliğinden düzelme'den ya da zihni değiştirmenin ve pozitif beklentinin daha genel öğelerinden ayırmak mümkün değildir. Daha sonra da açıklayacağımız gibi, hem farmakoterapi hem de psikoterapi için hedef semptomları belirlemek yararlıdır; böylece en azından, hedef semptomlardaki değişiklikler, eşleştirme tedavisine bağlanabilir.

TIBBİ TEDAVİ İLE AİLE PSİKOTERAPİSİ KOMBİNASYONU İÇİN KURAMSAL İSPAT

Tedavi zaman zaman, seçilmiş hastanın kesin ve belirgin psikiyatrik semptomlarına odaklanmalıdır (yas tutmanın akut evresinde olduğu gibi). Hastaya, spesifik majör psikiyatrik teşhisi konduysa, tedavi ilk başta nispeten geleneksel olabilir. Örneğin, antidepresan ve antipsikotik ilaçların kombinasyonu genellikle, kuruntulu depresyonu tedavi etmek için ilk müdahale olarak kullanılacaktır.

Yine de birçok durumda, tedavi, hem bireysel aile üyesinin spesifik semptomları hem de bunlara eşlik eden aile problemleri ve etkileşimleri için öngörülecektir. Bazı aile problemleri, bireysel hastalığın etiyolojisiyle ilgili olabilir; bazısı ikinci derecede önem taşıyabilir; kimisi, hastalığın seyrini olumsuz etkileyebilir; kimisinin de hiçbir şekilde ilgisi olmayabilir. Örneğin, tekrarlayan duygudurum bozukluğu, kişinin evliliğinin ilk zamanlarında ortaya çıktıysa, terapist, dikkatini hem mental hastalığın tedavisine hem de hastalığı şiddetlendirmedeki olası rolüyle birlikte evlilik etkileşiminin doğasına vermelidir. Aile üyelerinden birinin majör depresyon rahatsızlığı varsa, ailenin hastalıkla başa çıkma becerisine ve ailenin diğer problemleriyle çatışan hastalık belirtilerine önem verilmelidir.

Özetle, aile müdahalesi, kombine tedavinin sadece bir parçasıdır. Fakat bu müdahale, başarı sağlamak için çok önemli olabilir. Niçin? Çünkü tıbbi tedaviler hastanın sadece evlilik ya da aile problemlerine karşı kırılganlığını daha aza indirmekle kalmayacak; aynı zamanda (dolaylı yoldan) ailenin, hastaya yönelik aşırı tepkilerini de azaltacaktır.

İŞBİRLİĞİNİ VE TAKIM ÇALIŞMASINI ARTIRMAK

Hastadan, tıbbi eğitim almamış psikoterapistten ve farmakoterapistten oluşan üçlü, iletişimin açıklığına ve uzlaşmanın gücündeki değişkenliğe olanak tanır. Tedavi takımı üyelerinin yetenekleri arasında belirli düzeylerde eşitsizlik olabilir. Bazı ortamlarda, farmakoterapi, aynı zamanda denetleyici ya da takım lideri olan bir psikiyatrist tarafından yürütülür. Bu tür profesyonel ittifakın en uç örneğinde, terapist, psikiyatristin bir işçisidir. Diğer uçta, terapist, tedavi takımının patronu ya da yöneticisidir ve doktor, hastayı sözleşme yapan biri olarak görür. Çoğunlukla, her iki klinik uzmanı da, birlikte çalışan

bağımsız pratisyen hekimlerdir. Diğer tarafta, terapist-hasta ikilisinin ilişki yoğunluğu genellikle, farmakoterapist ve hasta arasındakinden daha güçlü olacaktır. Buna bakmaksızın, psikoterapist ve farmakoterapist, en iyi sonucu almak için etkili bir işbirliği yöntemi geliştirmelidir.

Etkili işbirliği, her iki klinik uzmanının da çalışmasını gerektirir. En önemlisi, uzmanlar, doğrudan iletişim yoluyla açıkça işbirliği yaptığında, işlerin daha iyi yürüdüğüdür. Yüz yüze tedavi takımı toplantıları genellikle mümkün olmasa da, düzenli telefon görüşmeleri ve faks ya da elektronik posta aracılığıyla izlenimlerin hızlı iletimi oldukça mümkün olabilir. İdeal olarak, her iki profesyonelin de, birbirlerinin uzmanlığına ve katkısına saygısının olmasıdır. Gerçekten de, saygının olmayışı işbirlikçi çalışmaya çoğunlukla zarar verecektir. Örneğin, düşünülmeden yapılmış yorumlar ya da etkinin fazla belli olmayan ifadeleri ile. Böylesi bir yıkıcı etkileşim şekli oluştuğu an, takım üyelerinden birinin, yerine alternatif bir uzmanı önererek tedavi takımından çekilmesi daha iyi olabilir.

Etkili işbirlikçi çalışmanın diğer bir önemli yönü, net bir işbölümüdür. Bir psikoterapist ya da psikiyatrist ne kadar becerikli olursa olsun, birbirlerinin tedavileri hakkındaki müdahaleleri, sadece terapi üçlüsünü destekleyenlerle sınırlı kalmamalıdır. Aşağıda hem psikoterapi hem de farmakoterapi bakış açısından bir örnek verilmektedir.

Hasta: Bu ilaçların yan etkilerinden oldukça bıktım. Dozu da azalttım fakat pek bir işe yaramış gibi görünmüyor.

Psikoterapist (Bay Jones): Doktor Smith ile bu konu hakkında görüştünüz mü?

Hasta: Açıkçası,.... son gidişimde çok az,... fakat bu konuda hiçbir şey yapmadı.

Bay Jones: Peki bu durumda ne hissettiniz?

Hasta: O anda beni çok rahatsız etmedi. Fakat yan etkiler

kötüleştikçe, özellikle de kabızlık, deliye döndüm. Doktor Smith'den çok, ilaçlar beni deliye döndürdü. Kendisi çok meşgul. Randevu için üç hafta beklemem gerekiyordu ve sonra da, gir ve çık... en fazla on beş dakika!

Bay Jones: İlaç tedavinizde mutsuz olduğunuzu bilseydi, Doktor Smith'in ne söyleyeceğini... nasıl tepki vereceğini beklerdiniz?

Hasta: Çok fazla umursayacağını sanmıyorum. ... Öyle olmasını umardım.... fakat umursayacağını hiç sanmıyorum. Beni sizin anladığınız gibi anlamıyor.

Bay Jones: Peki ya bu doğru olsaydı?

Hasta: Bunda da yalnız olduğum anlamına gelir... her zaman olduğu gibi.

Bay Jones: Bu, sizinle daha önce konuştuğumuz ve depresyonunuzla ilgili önemli bir tema. Bu fırsatı, inancınızı test etmek ve yan etki probleminizi çözmeyi denemek için kullanabilir miyiz? (Hasta onay verircesine kafasını sallar) Tamam,.... yaşamınızdaki diğer birçok kişi gibi Doktor Smith'in de size yardımcı olmayı yeteri kadar umursamadığını düşünüyorsunuz ve bu nedenle, etkisi olmayan oldukça rahatsız edici yan etkileri olan bir ilacı almak zorunda kalıyorsunuz. Bu doğru mu?

Hasta: Aslında.... evet... fakat belki biraz abartılı.

Bay Jones: Peki bu doğruysa, nasıl hissedersiniz?

Hasta: İğrenç! Ve kızgın.

Bay Jones: Peki ya doğru değilse?

Hasta: Hmm... bana sıkıntı veren bir başka çarpıtılmış varsayım örneği olabilir.

Bay Jones: Bunu test etmek için herhangi bir öneriniz var mı?

Hasta: Doktor Smith'i arayabilirim ve ona yan etkilerimin ne kadar şiddetli olduğundan bahsedebilirim.

Bay Jones: Bence bu harika bir fikir. Hadi bunu "resmi" bir ev ödevi şeklinde planlayalım. Bu arada, genel iyileşmeniz hakkında güncel bilgi vermek için Doktor Smith'e ben de bir not yollayabilir miyim?



Doktor Smith: İlaç tedavinizin çok fazla yan etkisi olduğunu duyduğuma üzüldüm. İlacı kestiğimizden beri nasıl hissediyorsunuz?

Hasta: Daha iyi.... Kabızlık, ağız kuruluğu ve görmedeki bulanıklık geçti.... fakat hâlâ çok yorgunum ve asabiyim. Her an ağlamaya hazırım ve uyku düzenim çok kötü.

Doktor Smith: O halde, depresyonun geçmediği anlaşılıyor. (Hasta kafasını sallar). Başka bir ilaç denemeye hazır mısınız, farklı bir profili ve çok daha az yan etkisi olan?

Hasta: Sanırım evet... Fakat neden ilk olarak bu ilacı seçmediniz?

Doktor Smith: İlk olarak nortriptilin'i seçtim çünkü ona daha aşinayım ve onu marka adıyla reçete edebilirim. Bildiğiniz gibi, marka ilaçlar daha az pahalı olabiliyor. Bir sonraki ilaç, Zoloft, daha yeni ve pahalı bir ilaç. Bu arada, Bay Jones tedaviniz hakkında görüşmek üzere beni aradığında, ulaşılabilirliğim hakkında bazı endişeleriniz olduğundan bahsetti. Bunun hakkında konuşmak ister misiniz?

Hasta: Aslında,... Sanırım aşırı tepki verdim. Bay Jones, özellikle umursanmadığımı düşündüğüm hususlarda hemen bir sonuca vardığımı düşünüyor.

Doktor Smith: Bu size doğru geliyor mu?

Hasta: Evet,... Sanırım doğru. Bu görüşmede, kötü yan etkilerden ve beni umursamadığınızı düşünerek sizi ra-

hatsız etme endişelerimden kurtuldum. Bu oldukça saçmaydı (cümlenin ortasında kesti)...

Doktor Smith: Bay Jones'un, kendinizi suçlayıp aşağılamanıza izin vermediğini biliyorum. Her durumda, meşgul olsam dahi, hastalarımın çağrılarına geri dönerim, özellikle de iyi durumda olmayan hastalarımın. Bu nedenle, bu yeni ilacınızla ilgili bir sıkıntınız olursa, lütfen beni arar mısınız?

Hasta: Tamam.

AİLE VE DEPRESYON

Evlilik/aile çatışması ile depresif rahatsızlıklar arasındaki ilişki sayısız şekilde anlaşılabilir. Evlilik/aile stres unsurları, biyolojik olarak hassas bir kişide depresif semptomları açığa çıkartabilir ya da çıkışlarını hızlandırabilir. Evlilik/aile stresi ya da yeterli oranda destekleyici bir samimi ilişki eksikliği, diğer çevresel streslerin etkilerini ortaya çıkarabilir. Depresif semptomlar, evlilik/aile çatışmasını ortaya çıkartarak aile üyelerinin uyumsuz davranışlarına ve olumsuz tepkilerine yol açabilirler; ya da belirti göstermeyen depresyon veya karakterolojik özellikler, davranış şekilleri vb., evlilik/aile anlaşmazlığını potansiyel hale getirebilir; ki bu da depresif vakanın çıkışını tetiklemeye yardımcı olur.

Daha "otonom" depresyonu olan hastalar için, sosyal işlevsizlik, depresif semptomlar belirmeden önce ortaya çıkmaz. Bunun yerine, kişilik değişiminin belli kronik şekillerinin ve sosyal uyumsuzluğun, tekrarlayan depresif vakaların gidişatı esnasında oluştuğu görülür. Ancak, majör depresif rahatsızlıktaki birçok hasta için, sosyal işlevselliğin kronik sınırdaki bozukluğu, depresif semptomlardan önce oluşur ya da onlarla çakışır. Depresyonlu kadınların uzun süreli bir çalışmasında,

Myrna Weissman ve Eugene Paykel, klinik olarak iyileşen depresiflerin, depresif semptomları ortadan kalktıktan aylarca sonra ebeveyn ya da evlilik rollerinde bazı sorunlar yaşamaya devam ettiklerini bulmuşlardır. Bunun dışında, depresyonlu kadınların bir örneğinde, ilaç terapisiyle birleşen kişiler arası yönelimli psikoterapinin farklı yararlarının, özellikle sosyal işlevsellik alanında olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular, hasta, depresif semptomlardan kurtulduktan sonra altı-sekiz aylık bir takip döneminde ve aylarca kendini gösterir. Bu nedenle, depresif semptomların varlığı, bu hastalardaki evlilik/aile sıkıntısı için gerekli bir önkoşul değildir; fakat, kişiler arası işlevsizlik, depresif kişilik bozukluğunun birçok öğesinden biri ve etkili vakalar için nispeten sabit bir zemin olarak görülür.

Ayrıca, depresyonlu bir eş ve partneri arasındaki evlilik etkileşimi hakkındaki literatürde oldukça büyük oranda gelişme söz konusudur. Depresiflerin, sosyal ortamlarda diğer insanlardan kaçma eğilimi, başkalarından böylesi tepkiler alma eğilimiyle ilişkilidir. Depresyonlu kişi, ailenin diğer üyeleri tarafından belirtilenden daha yüksek oranda aversif uyarım vermeye ve almaya meyillidir. Benzer şekilde, bazı kanıtlar, depresyonlu bir partnerin ve eşinin, sıkıntısız, "normal" çiftlerden daha sık olumsuz (aversif) karşılıklı iletişim yaşamaya yöneldiğini öne sürmektedir. Üstelik, "sıkıntılı" çiftler, olumlu ya da olumsuz son yaşadıkları olaylara, sorunsuz çiftlere nazaran daha tepkilidirler.

Depresyon ve evlilik/aile etkileşimi arasındaki geçici ve fonksiyonel ilişkilerin, hem farmakoterapi hem de evlilik/aile terapisi üzerinde duran tedavi planlarının gelişimi için önemli etkileri vardır. Depresyon vakalarında, evlilik/aile çatışması çoğunlukla, klinik depresyon rahatsızlıklarındaki başlıca presipitan faktörü olarak açıklanır. Bu tarz vakalarda, kişiler arası ilişkilerin tedavisi için evlilik ya da aile terapisi öngörülmelidir. Bu terapiler çoğunlukla, (1) partnerler arasındaki aversif

iletişimlerin sıklığını azaltmaya, (2) daha fazla karşılıklı destek sağlamaya ve partnerin davranışlarına karşı çarpık bilişsel ve algısal tepkilerin değiştirilmesine yönlendirilir. Antidepresan tedavisi, semptom rahatlaması için, etkililiklerini tehlikeye atmadan bu terapilerle birleştirilebilir.

Evlilik ya da aile çatışmasının, depresif vakaya katkıda bulunan bir faktör olmadığının görüldüğü durumlarda, hasta uygun ilaçla tedavi edilmeli ve sonra psikoterapi için tekrar değerlendirilmelidir. Kısa dönemli destekleyici evlilik ve/veya aile terapilerinin ilavesi, hastanın önerilen tıbbi tedavi rejimine kendini vermesine yardımcı olmak için yararlı olabilir. Benzer şekilde, eşin de tedaviye dahil edilmesi, depresyon ya da tedavisi hakkındaki kendi çekincelerini açıklamasında yardımcı olabilir. Örneğin, bir eşin, partnerinin "sakinleştirici" ya da "ilaç" alması veya bir "psikiyatrist" görmesi hakkında endişelerinin olması yaygındır. Böylesi tutumların, hastanın tedaviye katılımı üstünde olumsuz etki bırakabileceğini tahmin etmek hiç de zor değildir.

Önemli kişilerle depresyonlu hastanın samimi ilişkilerinin stresi ve hastanın semptomlarının bu kişiler üzerindeki negatif etkisi, evlilik ya da aile müdahalesi gerektiren bifazik programa ihtiyaç duyulduğunu gösterir. İlk aşama boyunca, psikofarmakolojik tedaviler başlatılır ve ailenin, semptomlara karşı negatif tepkilerini düzeltmek (böylece ikincil stres tepkilerini azaltmak) ve hasta ile aileyi; rahatsızlığın doğası, önerilen tedavi, kalıntı semptomlar ve tekrarlama olasılığı hakkında eğitmek için kısa dönemli destekleyici evlilik ya da aile terapisi tanıtılır. Aile, hastaya doğrudan ya da semptomların erken fark edilmesiyle kendi homeostazını sürdürerek, hastanın ruhsal durumunu izleyerek, ilaç tedavisi yan etkilerinin erken uyarılarının farkında olarak ve tedaviye uymayı teşvik ederek dolaylı yoldan yardımcı olabilir. Aile terapisinin bir diğer amacı; hastanın, hastalıktan ve tedaviden kaynaklanan rol ve

işlevsellikteki değişikliklerinin sonucunda gereken yeni şekilleri geliştirmesinde aileye yardım etmektir.

Ancak şiddetli semptomlar azaldıktan ve hasta ile aile kısmen istikrarlı bir uyum düzeyine eriştikten sonra, terapinin ikinci aşaması başlatılabilir. Uyumsuz iletişim şekillerini ve problem çözme stratejilerini değiştirme çabasında bulunmak, direnmelerle başa çıkmak ve yapısal değişiklikleri etkilemek en iyi, müdahalenin bu ikinci aşamasına mahsustur.

Örnek Olay

Birimiz geçenlerde, her ikisi de tekrarlayan depresif rahatsızlıktan mustarip bir çifti tedavi ettik. Bay A. 46 yaşında bir avukattı; eşi, Doktor A. 45 yaşında eski bir doktordu. 12, 9 ve 6 yaşlarında üç çocukları vardı. Evliliklerindeki memnuniyetsizlik nedeniyle evlilik terapisine havale edilmişlerdi (son çare olarak). Boşanma tek çözüm gibi görünmüştü. Önceki yıl, çiftin arasında, yaklaşık yirmi yıl öncesine, evliliklerinin başlangıcına uzanan şiddetli kavgalar (ve karşılıklı suçlama) yaşanmıştı. Tartışmanın nedenleri; para ve çocuk yetiştirme idi. Doktor A.'nın, finansal ve çocuğa bakma konularında ilişkinin kontrolünü elinde tutma ihtiyacı ortadaydı; fakat Bay A., onun bu hakimiyetiyle başarısız şekilde savaşmaya çalışıyordu. Bunu başarmak için de, karısının her iki alandaki girişimlerini eleştiriyordu. Örneğin, ne zaman karısı çocukları disipline sokmak istese, Bay A. onun çocuklar üzerinde bu kadar sert olmaması gerektiğini söylüyordu. Bunu yapmadığında ise, ihmalkar olduğunu ileri sürüyordu. Geçmişleri, her ikisinin de Avrupa'da, düzensiz diye bahsettikleri evlerde ve akranlarının ebeveynlerine nazaran daha fazla kavga eden anne-babalarla büyüdüklerini açığa çıkarıyordu. Her ikisinin ebeveyni de depresif vaka geçirmişti. Geçmişteki tedavi girişimleri, karı-kocanın, "yardımcı, fakat evlilik çatışmalarını sonlandırmak için

yeterli olmadığını" belirttikleri bireysel, klasik psikanalizleri olduğunu ortaya çıkarmıştı. Her ikisi de, nükseden türde, majör depresif rahatsızlığı tanı kriterlerini karşılıyordu.

Çift tedavisi başladığında, her ikisi de son derece depresyonluydu ve ilgi-memnuniyet eksikliği, düşük özsaygı ve enerji yokluğu belirtileri gösteriyorlardı. Bu nedenle, tedavi seansları, her partnerin semptomları için karşılıklı suçlama etrafında odaklandı. Üç seans boyunca hiçbir gelişme sağlanamadı. Bu noktada, antidepresan tedavisi başlatıldı. Altı hafta sonra, her ikisinin ruhsal durum ve aktivite düzeyinde önemli ölçüde iyileşme görüldü. Bu değişim, terapiste iki taktik avantaj sağladı. Birincisi; ruh hali ve bilişsel iyileşmeleriyle çift artık makul şekilde, yaşanabilir bir ilişki inşa edebilen davranış etkileşimlerini incelemeye ve değiştirmeye başlayabilirdi. İkincisi; terapist artık, etkili kararlar (örneğin, doğru ilacı almak) öngörebilen bir uzman olarak görülüyordu ve böylece, Doktor A.'nın hakimiyetini, Bay A.'nın eleştirilerini ve bunların depresyon ve düşük öz saygıda yarattığı güçlük gibi önceden tanımlanan negatif geribildirim sistemlerini değiştirmek için kişiler arası görevler verme pozisyonuna girmişti. Bu noktada, terapist, evliliklerinde daha fazla iyileşme sağlamak için çifte, kişiler arası değişiklikler için yol göstererek bu pozisyondan faydalandı.

Bu örnek olay, psikofarmakolojinin, evlilik terapisinin etkisini nasıl artırabildiğini açıklamaktadır. Çift terapisinin ayrıca, birçok depresif hastada psikofarmakoterapinin değerini artırdığına da inanıyoruz.

TEDAVİ HEDEFLERİ

Kombine terapinin maliyet etkinliğini değerlendirmek, her modalite için hedeflerin belirtilmesini gerektirir. Şüphesiz, en önemli hedef, depresif vakanın hafifletilmesidir. Tedavinin et-

kinliği, depresif sendromun iyileşmesi (hasta artık majör depresif vaka kriterlerini karşılamıyor mu) ve depresif semptomların nispi azalması bakımından izlenebilir. İkincisi özellikle önemlidir çünkü sürekliliği olan düşük-dereceli semptomların bile farmakoterapiyi ya da psikoterapiyi takiben, oldukça artan oranda tekrarlama riski ortaya çıkardığı görülmektedir. Kalıntı belirtilerle baş etmesi için kombine tedaviye tüm potansiyeli kazandırarak, hem sendromal hem de semptomatik düzeyde daha fazla tamamlanmış iyileşme sağlaması için hastaların daha iyi bir fırsatı olmalıdır.

Önemli hedeflerin ikincisi mantıksal olarak, psikoterapinin varsayımlarından ve metotlarından ileri gelir. Kişiler arası psikoterapi için spesifik terapötik hedefler; patolojik hüznün azaltılmasını, evlilik ya da aile fonksiyonunun iyileştirilmesini, yalnızlığın azaltılmasını ya da sosyal rol değişimleriyle başa çıkmanın artırılmasını kapsayabilir. Davranış tedavileri için spesifik hedefler; atılganlığın artırılmasını, sosyal problem çözmenin iyileştirilmesini ya da memnun edici aktivitelere daha fazla katılımın sağlanmasını kapsayabilir. Bilişsel davranış terapisi (BDT) için spesifik hedefler genellikle, bilişsel semptomların azalmasını içerir. Böylesi değişiklikler bilişin; yüzeysel (otomatik negatif düşünceler), orta (fonksiyonel olmayan tutumlar, yükleme tarzı) ya da daha derin (temel varsayımlar, şemalar) seviyesinde hedeflendirilebilirler. Hem Aaron Beck'in teorisi hem de mevcut deneysel kanıtlar, depresif kırılganlıktaki bu daha spesifik ve kalıcı değişikliklerin, daha derin bilişsel yapıların değiştirilmesini gerektirebildiğini ileri sürmektedir.

Kombine tedavinin üçüncü hedefi; uyumsuz kişilik özelliklerinin ya da şekillerinin değiştirilmesidir. Burdaki yaklaşım, kullanılan terapi modelinin bir fonksiyonu olarak çeşitlenir fakat, esas olarak, kişilik patolojisini oluşturan davranışsal, tutumsal ve kişiler arası eksikliklerin ve aşırılıkların saptanmasını gerekli kılar. Böylesi kalıcı özelliklerin, terapinin ilk

altı-on iki seansı süresince kolayca değiştirilmesi pek mümkün değildir. Uygulamada, kişilik bozukluğu olan hastalar, daha uzun süreli bir psikoterapi ve eş zamanlı farmakoterapi gerektirebilir.

Kombine tedavinin son hedefi, tedaviye uymanın sağlanmasıdır. Bu gerçekleştiği taktirde, tedaviye yanıt vermenin başarılması ya da bu yanıtın sürdürülmesi şansı da artmış olur. Bu hedefi karşılayan stratejiler; utanmayla ilgili daha genel konuların (örneğin, "İlaç almak, zayıf olduğum anlamına geliyor"), aile baskısının (örneğin, "Eşim, en kısa sürede bu ilaçtan kurtulmamı istiyor") ve yan etkilerin sıkıntısının (örneğin, "Bu kilo artışına dayanamıyorum. Şişmanladığım için endişelenmekten tekrar depresyona gireceğim!") terapide tartışılmasını kapsar.

Sonuç Çalışmaları

Psikoterapi-farmakoterapi stratejileri kombinasyonunun etkinliği, meta-analiz kullanan nitel ve nicel çalışmaların konusu olmuştur. Genel anlamda, farmakoterapinin ve süre sınırlı psikoterapinin daha yeni şekillerinin majör depresyonda birleştirilmesinin etkililiği hakkında fazla şüphe yoktur. Ancak, aşağıda da anlatıldığı gibi, kombine tedavinin rutin kullanımının maliyet etkinliği hakkında şüphe duyulmaktadır.

Kombine stratejiler; davranış terapisi, kişiler arası psikoterapi, bilişsel terapi ve pratisyen hekim tarafından sağlanan standart sağlık hizmeti çalışmalarındaki monoterapilerle karşılaştırılmıştır. Kişiler arası psikoterapinin ve amitriptilin'in bir incelemesinde kombine tedavinin, depresyonlu kadınların akut evredeki rahatsızlıkları boyunca semptom azalması üzerinde çok daha büyük etkisi olmuştur. Ancak, tedavinin devam ve idame dönemlerinin daha uzun süreli iki çalışmasında, kombine strateji, tek başına farmakoterapiyle karşılaştırıldı-

ğında hiçbir uzun süreli antidepresan yararı sağlamamıştır. Belirli ek faydalar hakkında, bazı kanıtlar, KPT ile tedavi edilmiş hastaların ayrıca, sosyal uyumda daha geç görülen bir iyileşme gösterdiklerini ileri sürmektedir.

Davranış terapisi ile farmakoterapi kombinasyonunun çalışmaları, tedavinin akut ve devam tedavi dönemleriyle sınırlandırılmıştır. Birçok çalışma, kombine strateji için daha hızlı bir faydadan bahsetmiş olsa da, şimdiye kadar elimizde ek antidepresan etkilerine dair hiçbir kanıt oluşmamıştır. Spesifik bir eklemeli etkinin kanıtı ayrıca sosyal beceriler eğitimi ile trisiklik amitriptilini kombine eden bir çalışmada ortaya çıkmıştır: Davranış terapisi gören hastalar, sadece amitriptilin ile tedavi edilenlerle karşılaştırıldığında atılganlık becerilerinde önemli ölçüde gelişme göstermişlerdir.

BDT ile farmakoterapinin kombinasyonu, birçok klinik çalışmada incelenmiştir. Bu çalışmalara dayanarak, BDT ve farmakoterapinin ek etkisinin en iyi ihtimalle ortalama olduğu görülmüştür (örneğin, Beck Depresyon Ölçeğindeki üçe iki puan farkı). Buna rağmen, bu genel sonuca karşı en azından iki istisna vardır. İlki; BDT ile pratisyen hekimin sağladığı standart sağlık hizmeti kombinasyonunun, tek başına standart sağlık hizmetine nazaran daha üstün olduğu gösterilmiştir. İkincisi; BDT ile antidepresanların kombinasyonunun iki çalışmada, öncelikle yatılı hasta olarak tedavi edilen depresyonlu hastaların tedavi sonucunda iyileşmesini sağladığı görülmüştür. Bu çalışmaların birinde, ek fayda, tedavi öncesi yüksek seviyede fonksiyonel olmayan tutumlara sahip depresyonlu hastalarla sınırlandırılmıştır.

Kombine akut-evre tedavisinin bir sonucu olan ek-spesifik etkiler, psikoterapinin ve antidepresan farmakoterapinin çeşitli kombinasyonlarında ikna edici şekilde görülmemiştir. İki çalışmada, BDT ve farmakoterapi gören hastalarda, sadece farmakoterapi görenlere nazaran tedavi bitişi itibariyle daha

az tekrarlama riski görülmüştür. Ayrıca, bir çalışmada, BDT ve farmakoterapinin kombinasyonu, bilişsel çarpıtmalar ve umutsuzluk ölçümleri üzerine, tek başına farmakoterapiden çok daha fazla iyileşme sağlamıştır. Dördüncü bir çalışmada, sosyal beceriler eğitimi ile amitriptilin'in kombinasyonu, atılganlığın davranışsal göstergeleri üzerinde, tek başına amitriptilin'e nazaran çok daha fazla düzelme ile sonuçlanmıştır.

Kombine tedavinin potansiyel öneminin bu tarz kısa incelemelerine rağmen, Amerikan Psikiyatri Derneği'nin "Uygulama Kılavuzu"ndaki, birçok hastanın kombine tedavi görmesi gerektiği önerisi ile araştırmalardan edinilen kanıtları uzlaştırmak oldukça zor. Daha ziyade, kombine tedavi için en iyi kanıtlar, yatılı hastalar gibi şiddetli derecede rahatsız olan hasta gruplarının çalışmalarından gelmektedir. Yine de, araştırma literatürü biraz önyargılı bir görüş sunabilir. Çoğunlukla, en kronik, iyileştirilmesi zor ya da karmaşık şekillerdeki depresyon hastaları bu tür araştırmaların kapsamı dışındadır. Bu tarz hastalar ortalama olarak monoterapi stratejilere daha az yanıt verdikleri için (farmakolojik ya da psikoterapötik), kombine terapi için ideal adaylar olacaklardır.

Kombine tedavinin maliyet etkinliğini artırmanın bir diğer yolu, müdahaleleri sırayla düzenlemek ve uygulamaktır. Bu nedenle, daha şiddetli depresif vakalarda, farmakoterapi psikoterapiden önce gelebilir. Araştırma literatürü, başarılı bir antidepresan tedavisinin ardından verimli şekilde uygulanan kısa bir BDT sürecinin yer aldığı, böylesi bir strateji örneğini gözler önüne serer. Bu çalışmada, Giovanni Fava ve meslektaşları, kısa terapinin hedeflerinin (kalıntı belirtileri tedavi etmek ve tıbbi tedavinin bitiminden sonra tekrarlama riskini azaltmak), sadece farmakoterapinin uygulandığı bir kontrol grubu ile karşılaştırıldığında başarıldığı sonucuna varmıştır.

Bunun aksine, tek başına psikoterapinin işe yaramasını sağlamak için, hafif şiddetteki depresyonlu hastalarda antidep-

resan tedavisi en az iki ay süreyle bekletilebilir. Bu yaklaşım ayrıca, başlangıçta antidepresan kullanmaya karşı olan birçok hastadaki uyum problemlerinin de üstesinden gelir.

Kombine tedavinin başarılı bir sürecinden sonra bileşenleri gittikçe azaltmak ve sonlandırmak üzerine de çalışılmıştır. Tekrarlayan unipolar depresyonun (tek kutuplu depresyon) 1990 yılındaki bir çalışmasında, Ellen Frank ve meslektaşları, sonlandırılmış antidepresan tedavisinin ardından devam ettirilen aylık kişiler arası psikoterapinin, özellikle terapist-hasta ikilisi yüksek seviyede bir terapötik ilişki yoğunluğu sağlayabildiği zaman, tekrarlama riskini azaltmada önemli bir etkisi olduğunu bulmuşlardır. Ancak genel olarak, bu çalışmadaki yüksek derecede nüks yaşayan depresyonlu hastalar için, idame farmakoterapi tedavisinin (psikoterapinin bitişini takiben), idame psikoterapi tedavisinden (farmakoterapinin bitişini takiben) istatiksel ve kliniksel olarak daha güçlü etkisi olmuştur.

Kombine Tedavi için Pratik Öneriler

1. *Teşhis:* Bir *DSM-IV* teşhisi ve *aile sistemleri* teşhisi koyduğunuzdan ve bireysel durum tespiti (dinamik, kişiler arası ya da bilişsel davranışsal açıdan) yaptığınızdan emin olun. Teşhis konulmadan, uygun ilaç reçete edilmemelidir. Ve şüphesiz, aile sistemi dinamikleri incelenmezse klinik uzmanı, tarihsel ve kişiler arası patolojinin derinliğinde kaybolacaktır.

2. *Hedefler:* Tüm modaliteler için hedef semptomları belirlediğinizden emin olun. Buradaki mevzu, hangi semptomların ilaca ve hangilerinin bireysel ya da aile terapilerine yanıt verebileceğini saptamaktır. Hedef semptomların bu açıklaması olmadan, hangi tedavinin (ya da kombinasyonun) etkili olacağını bilmek mümkün değildir.

3. *Beklenmedik Etkiler:* İlaç terapisi ile aile/bireysel psikoterapinin yan etkilerinin ve etkileşimlerinin farkında olun. Ör-

neğin, ilaçlara karşı sendromal bir tepki, hastanın, eskiden aile içinde çok hassas olan konuları yeniden tartışmaya açmasına neden olabilir. Tabii ki, beklenmedik etkiler her seansta izlenmelidir. Örneğin, rahatsız edici ilaç yan etkileri (sedasyon ya da titreme gibi), hastanın, aile içinde ve dışındaki sosyalleşme yeteneğini azaltabilir.

4. *Ardıl Etkiler:* Modalitelerin her birini ne zaman ve hangi sırada kullanacağınızı bilin. Örneğin, psikotik depresyonda, uzman önce ilaç tedavisi, ardından psikoterapi uygulamayı isteyecektir. Paranoid olan depresyonlu bir psikotik hasta, farmakoterapiden yarar sağlayana kadar aile terapisine dayanamayabilir. Böylesi bir hasta, ilk başta, tedaviden yararlanamayacak kadar şüpheci olacaktır. Bazı durumlarda (Eksen II bozukluğu ya da distimi), kişi psikoterapiyle başlamayı ve ardından ilaç tedavisini eklemeyi isteyebilir. Bazı vakalarda da, hasta, terapistle samimi bir ilişki kurana kadar beklenmesi gerekebilir; bu özellikle depresyonlu ergenler için doğrudur.

5. Psikoterapi ve farmakoterapi kombinasyonu kimin için öngörülmez? Şüphesiz, bu kombinasyon herkes için uygun değildir. Terapötik kısıtlılık ilkesine inanıyoruz. Eğer bir modalite etkiliyse, bir ikincisini dahil etmeyiniz. Açık olmak gerekirse, bazı klinik durumlarda terapiyle başlıyoruz; diğerlerinde, ilaç tedavisiyle; ve kimisinde de, her ikisine aynı anda başlıyoruz ve zamanla birini (ya da ikisini) tedaviden çekebiliyoruz. En azından, tek başına aile terapisinin gücünü bir kenara bırakırsak, aile sistemleri yaklaşımı, tedaviye uymayı artıran çok etkili bir yoldur.

SAĞLIK YÖNETİMİ ETKİLERİ

Sağlık yönetiminin, depresyonlu hastaların tedavisi üzerindeki etkisi daha yeni açıklanmaktadır. Sağlık yönetimi açısından, kombine tedavi modelleri, seçilmesi için tanınan iki seçe-

nektir. Bir başka şekilde söylersek, bu en hızlı ve etkili tedavi yaklaşımı ayrıca, en azından kısa vadede, en pahalı olanıdır.

Sağlık Bakım Organizasyonları gibi ayakta tedavi ortamlarında, maliyet etkinliğinin aldatıcı görünüşüne neden olan tedavi seçenek modelleri neredeyse dönüşlü olarak benimsenmektedir. Bu durumda, kombine tedavi stratejileri, bir dizi süre sınırlı psikoterapi ve farmakoterapi denemesi lehine, hafif-orta şiddetli depresyondaki hastalarda uygulanmayabilir. Farmakoterapinin en ucuz modeli, bir psikiyatristten ziyade pratisyen hekim tarafından sağlanır. Psikotik olmayan depresyondaki hastalar böylece hem psikoterapi hem de farmakoterapi için, hasta önceliğine, servisin uygunluğuna ya da sağlık poliçesine dayanarak, bir ruh sağlığı personeli ya da aile doktoru tarafından seçilebilir ve sevk edilebilir. Kombine strateji böylece, hiçbir monoterapiye yanıt vermeyen hastalar için düşünülebilir. Depresyonun yol açtığı zararların birçoğu saklandığı için (işe gidilmeyen günler ya da sosyal roldeki bozuklukla geçen günler), bu daha az pahalı olan başlangıç tedavisi şekillerinin görünürdeki maliyet etkinliği, itinayla önem verilmesini gerektirir. Örneğin, bir doktorun düşük doz trisiklik antidepresan reçete etmesiyle başlayan "masrafsız" bir tedavi planı, yıpranmanın ve sonradan oluşan kronikliğin yüksek oranı nedeniyle muhtemelen masrafları çoğaltır. Daha şiddetli depresyonlar için, özellikle hastaneye yatırılmayı ya da günlük tedaviyi gerektirenler için, kombine terapinin uygulanması istisnadan ziyade bir zorunluluk olacaktır. Bu kişiler için, psikososyal tedavi planı, destekleyici müdahalelerden daha aktif olanlara ilerledikçe, farmakoterapinin daha hızlı gerçekleşen etkilerinden yararlanılır.

☆ ☆ ☆

Yirmi yıl öncesinin aksine, kafalardaki soru (en azından birçok eksen I durumu için) artık, ilaçların psikoterapiyle birleştirilmesinin gerekip gerekmediği değildir. Son yirmi beş yıldaki kontrollü çalışmalardan edinilen kanıtlar, ilaç terapisinin ve önemli ölçüde fakat daha az ikna edici şekilde de psikoterapinin etkililiğini doğrulamaktadır. Artık soru; hangi hastalar ve aileler için *nelerin* kombine edileceğidir. Kombine terapiyle ilgili yeni kontrollü çalışmalar artık mevcuttur.·

Kombine tedavi yaklaşımının özü; (1) hastalık hakkında bilgilendirmeyi (işaretler, semptomlar, nedenler, biyolojik ve psikososyal tedaviler); (2) iletişimin ve kişiler arası becerilerin düzeltilmesini; (3) düzensiz nörokimyasal /nörodavranışsal süreçlerin kontrolünü; ve (4) hastalığa karşı kırılganlığı artıran bilişsel, dinamik ve sistem sorunlarının çözülmesini kapsar. Aile terapisiyle kombine edildiği zaman farmakolojik tedavinin esas işlevi, hastalığı normal düzeye getirmek (bipolar bozukluktaki lityum gibi) ve hastanın semptomlarını ortadan kaldırmaktır. Böylece, biraz çelişkili olarak, tıbbi tedavi kişiler arası işlevi iyileştirebilirken, aile terapisi eninde sonunda dolaylı şekilde ilaç tedavisine uymayı teşvik edebilir.

Özetle, hem ilaç terapisinin hem de psikoterapinin gerekli olduğuna inanıyoruz; fakat her biri, güncel klinik uygulamalarda karşılaştığımız kronik psikiyatrik hastalıkların birçoğunun tedavisi için tek başına yeterli olmayabilir. Daha fazla araştırma sadece, klinik yöntemlerimizi kuvvetlendirmeye yardımcı olacaktır.·

KAYNAKLAR

Barnett, P. A., & Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning and depres-sion: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychology Bulletin*, 104, 97-126.

Chiles, J. A., Carlin, A. S., Benjamin, G. A. H., & Beitman, B. D. (1991). A physician, a nonmedical psychotherapist, and a patient: The pharmacotherapy-psychotherapy triangle. In B. D. Beitman & G. L. Klerman (Eds.), *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy* (pp. 105-118). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Clarkin, J. E, Glick, I. D., Haas, G. L., & Spencer, J. H., Jr. (1990). Inpatient family intervention for affective disorders. In G. I. Keitner (Ed.), *Depression and families: Impact and treatment* (pp. 12 1-136). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Conte, H. R., Plutchik, R., Wild, K. V., & Karasu, T. B. (1986). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 43, 417-479.

DiMascio, A., Weissman, M. M., Prusoff, B. A., Neu, C., Zwilling, M., & Klerman, G. L. (1979). Differential symptom reduction by drugs and psy-chotherapy in acute depression. *Archives of General Psychiatry*, 36, 1450-1456.

Fava, G. A., Grandi, S., Zielezny, M., et al. (1994). Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1295-1299.

Frank, E., Kupfer, D. J., Perel, J. M., Cornes, C., Jarrett, D. B., Mallinger, A. G., Thase, M. E., McEachran, A. B., & Grochocinski, V. J. (1990). Three year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099.

Frank, E., Kupfer, D. J., Wagner, E. E, McEachran, A., & Cornes, C. (1991). Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment for recurrent depression: Contributing factors. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1053-1059.

Glick, I. D., Clarken, J. E, & Goldsmith, S. J. (1993). Combining medication with family psychotherapy. In B. Beitman (Ed.), *Combined treatments: The American Psychiatric Press review of psychiatry* (Vol. 12, pp. 585-610). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Haas, G. L., Glick, I. D., Clarkin, J. E, Spencer, J. H., Lewis, A. B., Pey-

ser, J., DeMane, N., Good-Ellis, M., Harris, E., & Eestelle, V (1988) Inpa-tient family intervention: A randomized clinical trial: II. Results at hospital discharge. *Archives of General Psychiatry*, 45, 217-224

Hersen, M., Bellack, A. S., Himmelhoch, J. M., & Thase, M. E. (1984). Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy*, 15, 21-40.

Hollon, S. D., Shelton, R. C, & Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 59, 88-89.

Keitner, G. I., Miller, I. W., Epstein, N. B., & Bishop, D. S. (1990). Family processes and the course of depressive illness. In G. I. Keitner (Ed.), *Depression and families: Impact and treatment* (pp. 1-29). Washington, DC: Amer-ican Psychiatric Press.

Klerman, G. L. (1983). Psychotherapies and somatic therapies in affective disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 3, 85-103.

Klerman, G. L. (1991). Ideological conflicts in integrating pharmacotherapy and psychotherapy. In B. D. Beitman & G. L. Klerman (Eds.), *Integrating pharmacotherapy and psychotherapy* (pp. 3-20). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Manning, D. W, & Frances, A. J. (1990). Combined therapy for depression: Critical review of the literature. In D. W. Manning & A. J. Frances (Eds.), *Combined pharmacotherapy and psychotherapy for depression* (pp. 3-33). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Thase, M. E., Simons, A. D., McGeary, J., et al. (1992). Relapse after cognitive behavior therapy of depression: Potential implications for longer courses of treatment? *American Journal of Psychiatry*, 149, 1046-1052.

Weissman, M. M., Klerman, G. L., Paykel, E. S., et al. (1974). Treatment effects on the social adjustment of depressed patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 771-778.

Weissman, M. M., & Paykel, E. S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationships*. Chicago: University of Chicago Press.

Weissman, M. M., Prusoff, B. A., DiMascio, A., et al. (1979). The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *American Journal of Psychiatry*, 136, 555-558.

Wright, J. H., Thase, M. E., & Sensky, T. (1992). Cognitive and biological therapies: A combined approach. In J. H. Wright, M. E. Thase, A. T. Beck, & J. W. Ludgat (Eds.), *Cognitive therapy with inpatients: Developing a cognitive milieu* (pp. 193-218). New York: Guilford Press.

YAZARLAR HAKKINDA

Carol M. Anderson, Ph.D., Pittsburgh Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Bölümü'nde psikiyatri profesörüdür. Elliden fazla makale ya da bölümün yazarı ve *Schizophrenia and the Family, Mastering Resistance* ve *Flying Solo* gibi kitapların da dahil olduğu beş kitabın ortak yazarıdır. Önemli katkıları için hem Amerika Aile Terapisi Akademisi'nden hem de Amerika Evlilik ve Aile Terapisi Derneği'nden ödüller almıştır. Son araştırma konuları, depresyonlu ya da anksiyeteli kadınlar üzerine odaklanmıştır.

Jules Bemporad, M.D. Şu an, Cornell Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde klinik psikiyatri profesörü ve Children's Day Hastanesi, Westchester Bölümü'nün müdürüdür. Ayrıca, New York Tıp Okulu Psikanalitik Enstitüsü'nde Denetleyici ve Eğitici Psikanalisttir. Geçmişte, Kolombiya ve Harvard Üniversiteleri'nde de çalışmıştır. Bemporad, beş farklı dilde basılan *Severe and Mild Depression: The Psychotherapeutic Approach*'un (S. Arieti ile) da dahil olduğu yüzden fazla kitabın, makalenin ve bölümün yazarıdır. Bunların yanı sıra, *Amerikan Psikanaliz Akademisi Gazetesi*'nin genel yayın yönetmenidir ve *Development and Psychopathology ve Harvard Mental Health Letter* yazı kurulu'nda görev yapmaktadır.

Charles DeBattista, D.M.H., M.D., Stanford Üniversitesi'ndeki Duygudurum Bozuklukları Kliniği'nin müdür yardımcısıdır. Başlıca araştırma konuları; antidepresan ilaçların ve majör depresyon tedavisinde elektrokonvülsif terapinin yararlılığıdır. Bu alanlardaki eğitim-öğretim ve yazı yazma hususlarında da aktif olarak yer almaktadır.

Sona Dimidjian, M.S.W., Western Psikiyatri Enstitüsü ve Kliniği, Aile Terapisi Merkezi'nde bir aile terapistidir. Yayımlanmış eserleri ve klinik ilgi alanları; depresyon, kadınların gelişimi ve cinsiyet sorunları alanlarındadır.

Ira D. Glick, M.D., Stanford Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri ve Davranış Bilimleri Bölümü'nde psikiyatri profesörü ve Stanford Üniversitesi Hastanesi'nde Yatılı ve Kısmi Yatılı Hasta Servislerinin amiridir. Yüzden fazla makale ile bölümün ve *A Model Curriculum in Psychopharmacology ile Affective Disorders and the Family*'nin de dahil olduğu yedi kitabın yazarı ya da ortak yazarıdır.

Joan Luby, M.D., Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Bölümü'nde psikiyatri eğitmenidir. Doktorluk ihtisas devresini ve staj eğitimini, Irvin Yalom, M.D.' den grup psikoterapisi eğitimini aldığı Stanford Üniversitesi'nde tamamlamış ve Yalom ile birlikte depresyonun grup psikoterapisi üzerine bir bölüm yazmıştır. Başlıca ilgi alanı; ebeveyn ve çocuk karşılıklı etkileşiminin ana tema olduğu çocuk ve okul öncesi psikiyatri alanıdır. Şu an, St. Louis Children's Hastanesi'ndeki Çocuk/Okulöncesi Psikiyatri Kliniği'nin ve Washington Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde çocuk psikiyatrisi bilim dalında doktorluk ihtisas devresi eğitimi'nin yöneticisidir.

John C. Markowitz, M.D., Cornell Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde klinik psikiyatri doçenti ve New York Hastanesi'nde psikiyatrist yardımcısıdır. *Genel Psikiyatri Arşivleri*'ndeki "Interpersonal Psychotherapy: Current Status" (M. M. Weissman ile); *Amerikan Psikiyatri Dergisi*'ndeki "Psychotherapy of Dysthymia"; ve Klinik Nörobilim'deki (*Clinical Neuroscience*) "Interpersonal Therapy of Mood Disorders"un (M. M. Weissman ile) yazarıdır.

Apryl Miller, L.S.W., Western Psikiyatri Enstitüsü ve Kliniği, Aile Terapisi Merkezi'nin yöneticisidir. Klinik ve araştırma konuları; aile hayatı dönüşümü, depresyon ve cinsiyet sorunları alanlarındadır. Aile terapistlerini hem ayakta tedavi ortamlarında hem de ev içi projelerde eğitmede ve denetlemede oldukça deneyimlidir.

Alan F. Schatzberg, M.D., Stanford Üniversitesi'nde Psikiyatri ve Davranış Bilimleri Bölümü'nün başkanı ve öğretim üyesidir. Ayrıca, depresyonun biyolojisi ve tedavisinde bir dünya otoritesidir. Depresyon ve Farmakoterapi üzerine *Manual of Clinical Pharmacology*'nın de dahil olduğu altı kitabın yazarıdır.

Holly A. Swartz, M.D., Cornell Üniversitesi Tıp Merkezi'nde ve New York Hastanesi'nin Klinik Şubesi'nde psikiyatri eğitmenidir. Reader's Digest / New York Eğitim Vakfı bilimsel araştırma kurumu başkanı, *Time-Limited Psychotherapy*'nin yazı işleri müdür yardımcısı ve Psychiatry kitabında (S. Tasman, J. Kay ve J. A. Lieberman, Ed.ler) bir bölümün yazarıdır.

Michael E. Thase, M.D., Pittsburgh Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde ve Western Psikiyatri Enstitüsü ve Kliniği'nde (WPIC) psikiyatri ana bilim dalında doçenttir. Araştırma konuları; farmakoterapinin ve bilişsel terapinin, depresyonun psikobiyolojik bağlarına ilişkin kısa vadeli ve profilaktik etkisini de içine alan, duygudurum bozukluklarının değerlendirilmesi ve tedavisiyle ilgilidir. Thase, 1987 yılındaki başlangıcından beri Pittsburgh Üniversitesi'nde Bilişsel Terapi Kliniği'ni idare etmektedir. 1988 yılında WPIC'nin Duygudurum Bozukluğu Modülü'nün yöneticisi ve Ruh Sağlığı Klinik Araştırma Merkezi'nin müdür yardımcısı olmuştur. Yüz seksenden fazla bilimsel makale ile kitap bölümünün yazarı ya da ortak yazarıdır ve *Handbook of Outpatient Treatment ve Cognitive Therapy with Inpatients: Developing a Cognitive Milieu* kitap serisinin yazı işleri müdür yardımcısıdır.